Rok LXVIII. Kraków, dnia 3. kwietnia 1909. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O zgwałceniu.

Na podstawie 102 przypadków podał

Prof. L. Wachholz.

Sądowo-lekarskie badania kobiet w przypadkach domniemanego zgwałcenia są wcale częste, a jak uczy odnośna statystyka, ten rodzaj przestępstwa okazuje stałą zwyżkę swej częstości. Powodem tej zwyżki liczby zgwałceń jest, obok stałego wzrostu ludności, okoliczność coraz trudniejszych warunków dla zdobycia uregulowanego instytucyą małżeństwa pożycia płciowego i z coraz gorszych warunków ekonomicznych wynikające wysyłanie dziewcząt nieletnich na służbę, do fabryk, przedsiębiorstw roboczych, lub zatrudnianie ich handlem obnośnym (nieletnie handlarki gazet, zapałek i t. d.). Ta ostatnia okoliczność tłómaczy też w znacznej części niestosunkowy wzrost liczby zgwałceń dzieci.

W ciągu trzech lat ostatnich miałem sposobność badać 85 przypadków zgwałcenia w tutejszym sądzie krajowym karnym. Do liczby tej dołączam 17 przypadków, badanych przez kol. Horoszkiewicza, co do których udzielił mi on uprzejmie dokładnych zapisków. Tak więc uwagi moje poniższe opierają się na 102 odnośnych dokładnie, wedle stałego schematu, dokonanych badaniach. Ponieważ zaś w ciągu tych ostatnich 3 lat była liczba zajętych przy tutejszym sądzie kraj. karnym znawców-lekarzy ograniczona do 5, urzędujących na przemian, przeto nie pomylę się wielce, jeśli liczbę zgwałceń, które były w ciągu tego czasu przedmiotem dochodzeń w tutejszym sądzie, określę jako niespełna podwójną, t. j. 200 przypadków obejmującą. Liczba ta jest bezsprzecznie wielka, zwłaszcza jeżeli ją porównamy z liczbą przypadków innych autorów. Tak np. zbadał Haberda [1] w ciągu 9 lat w Wiedniu 399 osób płci żeńskiej z powodu zachodzących znamion zgwałcenia, względnie shańbienia. Z liczby tej wypadałoby na 3-letni okres czasu, równy mojemu, 133 przypadków, zatem zaledwie o 48 przypadków więcej, niż ja sam miałem sposobność badać w Krakowie (85 przypadków). Jeśli się tedy zważy, że Wiedeń jest blisko 20 razy bogatszy w liczbę mieszkańców, niż Kraków i że jako wielka stolica z rozwiniętym przemysłem i t. d. stanowi lepsze podłoże dla tego przestępstwa, to liczba moich spostrzeżeń musi być oceniona jako nietylko wielka, lecz jako wręcz niestosunkowo wielka. To, że w liczbie moich spostrzeżeń mieszczą się przypadki, jakie się zdarzyły nietylko w samym Krakowie, lecz w całym okręgu jego sądu kraj. karnego, nie zmniejsza znaczenia tej liczby, albowiem zapewne także Haberda pomieścił w swej liczbie przypadki, pochodzące z całego okręgu wiedeńskiego sądu kraj. karnego.

Zgodnie ze spostrzeżeniami innych, przeważna część przypadków zgwałcenia, które zamierzam omówić, dotyczy dziewcząt nieletnich. W liczbie 102 przypadków zgwałcenia mieści się 78 przypadków zgwałcenia dziewcząt w wieku do 14 lat włącznie, a 24 kobiet w wieku starszym niż 14 lat. Tak więc stosunek nieletnich ofiar zgwałcenia do starszych niż 14-letnich, wynosi niemal 3:1. Podobny stosunek wykazują przypadki Haberdy, natomiast u Tardieugo [2] wypadł stosunek dzieci do dorosłych ofiar jak 4:1.

Liczba ofiar wedle ich wieku przedstawia się następująco:

3 lat	— 2 przypadki		15 lat	— 2 przypadki	
4 »	— 1 »		16 »	— 3 »	
5 »	— 3 »		17 »	— 2 »	
6 »	— 6 »		18 »	— 2 »	
7 »	— 5 »		19 »	— 2 »	
8 »	— 3 »		20 »	— 6 »	
9 »	— 3 »		22 »	— 1 »	
10 »	— 8 »		23 »	— 1 »	
11 »	— 10 »		28 »	— 1 »	
12 »	— 13 »		42 »	— 1 »	
13 »	— 17 »		47 »	— 1 »	
14 »	— 7 »		59 »	— 1 »	
			90 »	— 1 »	
Razem 78 przypadków.			Razem 24 przypadki.		

Co do wyznania było ogółem 97 ofiar wyznania chrześcijańskiego, t. j. katolickiego, w tem 74 ofiar w wieku do 14 lat włącznie, a 23 starszych, a 5 wyznania mojżeszowego, zatem 5% ogólnej liczby, w tem 4 w wieku do 14 lat włącznie, a jedna starsza.

Stanu wolnego było 98 ofiar, 2 były mężatkami, a 2 wdowami; 5 ofiar rodziło już przed ich zgwałceniem, mianowicie jedna, licząca lat 20, następnie 42, 47, 59 i 90-letnia. Ofiary nieletnie, liczące do 14 lat włącznie, były po największej części dziećmi z klasy robotniczej lub wyrobniczej, część ich uczęszczała jeszcze do szkół, część trudniła się handlem obnośnym gazet i zapałek lub była już na służbie w charakterze piastunek dzieci i pasterek. Jedna ofiara, licząca lat 12, płciowo już zupełnie rozwinięta, córka

wdowy niemki, trudniła się z wiedzą matki prostytucyą i oddawała się mężczyznom w separatkach podrzędnych domów zajezdnych i szynkowni. Jako 7-letnie dziecię uległa w czasie dorocznych uroczystości na Bielanach zgwałceniu przez parobka. Miała stałego kochanka w osobie 25-letniego służącego restauracyjnego, na którym, oprócz licznych zbrodni zgwałcenia i kradzieży, ciążyło uzasadnione podejrzenie popełnionego morderstwa z lubieżności na dziewczęciu 10-letniem. Kochanek ten był jej stręczycielem, utrzymywanym z jej dochodów. Błonę dziewiczą miała na kilka płatów aż ku błonie śluzowej pochwy przedartą i była zakażona tryprem. Kochanek jej przechodził kiłę.

Ofiary wieku starszego, niż 14 lat, były służącemi, wyrobnicami, córkami gospodarzy wiejskich, dwie gospodyniami wiejskiemi.

Ponieważ niejednokrotnie się zdarza, że sprawca zgwałcenia usiłuje się wobec sądu tłómaczyć tem, że podjął obcowanie płciowe z nieletnią ofiarą za jej zgodą, a z wzrostu tejże i rozwoju sądził, że posiada ona już conajmniej ukończonych lat 14, zatem wiek wyższy od wieku, w tej mierze chronionego u dziewcząt ustawą, — przeto zadaje sąd znawcy pytanie, czy ofiara nieletnia wzrostem i rozwojem swym sprawia wrażenie osoby conajmniej z ukończonym 14. rokiem życia. Z tej przyczyny zwracałem uwagę we wszystkich moich przypadkach na rozwój cielesny ofiar, oznaczając zarazem dokładnie ich wzrost. Aczkolwiek podane tu poniżej cyfry wzrostu badanych przezemnie ofiar są przeciętnemi z niewielkiej liczby pomiarów, to jednak cyfry te zbliżają się wielce do tych, jakie uzyskał Troeger (3) względnie frankfurcka komisya (4) z liczby pomiarów, dokonanych na 3554 dziewczętach (polskich przez Troegera), względnie na 2448 dziewczętach (komisya frankfurcka), zatem cyfry moje zyskują na ogólnem znaczeniu. Poniżej zestawiam moje cyfry przeciętne, najwyższe oraz najniższe, porównawczo z przeciętnemi cyframi Troegera i komisyi frankfurckiej.

Zestawienie wzrostu.

Troegera Przeciętne		Moje Przeciętne		Moje najwyższe	Moje najniższe	Komisyi frankfurckiej przeciętne	
lat	cm	lat	cm	cm	cm	lat	cm
		5	*101*	102	100		
6	107	6	*105*	112	98	6 — 7	115
7	113	7	*111*	117	102	7 — 8	116·3
8	117·5	8	*115*	118	103	8 — 9	121·2
9	122	9	*120*	129	110	9 — 10	125·1
10	127	10	*124*	136	115	10 — 11	129·8
11	131·5	11	*130*	144	120	11 — 12	135·7
12	136	12	*136*	146	130	13 — 14	143·4
13	142	13	*143*	155	134	14 — 15	150·9
		14	*150*	160	141		

Pod względem rozwoju płciowego zwracałem uwagę na zachowanie się sutków, uwłosienie sromu i rozwój tegoż, oraz na pojawienie się regularności. Rozwój płciowy oznaczałem jako dokonany, jeżli oba sutki były wyraźne o rozwiniętych gruczołach mlecznych, srom był wyraźnie włosem pokryty, zarazem miał, w przeciwstawieniu do dziecinnego głębokiego, przedsionek płytki, a wreszcie, jeśli regularność już się była pojawiła. Ten dokonany już rozwój płciowy stwierdziłem u 2 ofiar 12-letnich, zatem w 15% przypadków zgwałceń 12-letnich osób, u 4 ofiar (23%) 13-letnich i u 5 ofiar (71%) 14-letnich. Wyraźne owłosienie sromu spotkałem zresztą obok braku innych cech dojrzałości płciowej u jednej 11-letniej ofiary. Przy tej sposobności nie mogę pominąć milczeniem przypadku niezwykle wczesnego rozwoju płciowego u nieletniej dziewczyny, której stan umysłowy badałem przed kilku laty z powodu obwinienia jej o zuchwale dokonane kradzieże. Dziewczyna ta, licząca w chwili badania jej 14 lat, wyznania mojżeszowego, dotknięta wybitnem zwyrodnieniem umysłu, przedstawiała się jako zupełnie dojrzała kobieta, która już odbyła poród donoszonego dziecku w niespełna 13. roku życia. Regularność miała się u niej pojawić po raz pierwszy w 11. roku życia. W przeciwstawieniu do przypadków wczesnego rozwoju płciowego (z zestawienia poprzedniego wynika, że rozwój nastaje u naszych dziewcząt średnio w 14. roku życia), stwierdziłem u 2 ofiar zgwałcenia, liczących ukończonych 16 lat, zupełny brak sutków, owłosienia sromu i regularności. Srom ich miał cechy sromu dziecięcego dziewcząt 10-letnich. W jednym z tych dwóch przypadków infantylizmu istniało wrodzone przytępienie umysłu znacznego stopnia *(imbecillitas)*.

U 10 ofiar zachodziły zaburzenia zdrowia bądź cielesnego, bądź umysłowego. I tak jedna z 6-letnich ofiar była dotknięta znacznem skrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi *(kyphosis)*, jedna z 9-letnich miała rozległego tocznia *(lupus)* na twarzy ze znacznem zniszczeniem nosa, u jednej z 13-letnich stwierdziłem ropiejące gruczoły *(lymphomata)* po obu stronach szyi, jedna 16-letnia i 28-letnia były dotknięte znacznem wrodzonem przytępieniem umysłu, jedna 15-letnia i jedna 18-letnia były głuchonieme, jedna 19-letnia cierpiała na częste napady padaczki, jedna 20-letnia była dotknięta gruźlicą płuc i silną blednicą, wreszcie 47-letnia ofiara miała wola na szyi dość znacznych rozmiarów i objawy wyrównanej niedomykalności zastawki dwudzielnej serca. Na stan zdrowia ofiar zwracałem uwagę między innemi dlatego, żeby stwierdzić, iż nawet w oczy uderzające u ofiary zmiany chorobowe, budzące zazwyczaj odrazę, nie są często zdolne odwieść mężczyzny od podjęcia aktu płciowego.

We wszystkich przypadkach były części płciowe ofiar, jak to jest zresztą zrozumiałe, przedmiotem dokładnego badania i dokładnego określania jakości ich rozwoju, kształtu i stanu błony dziewiczej i t. d. Tu nasuwa mi się uwaga, jaką uczynić muszę większości naszych znawców sądowych. Oto prawie tylko wyjątkowo określają oni w swych wywodach oględzin kształt błony dziewiczej, zachowanie się jej brzegów, możliwych wrębów przyrodzonych lub przerw, przy wprowadzeniu członka lub palca do pochwy powstałych. Zdarzyły mi się nawet i takie przypadki, — jakby na potwierdzenie zdania dawnych autorów, »*difficilis res virginitas*« lub zdania św. Cypryana o dochodzeniu znamion dziewictwa »*obstetricis* (jabym poprawił na: *medici expertis) manus et oculi saepe falluntur*«, — w których znawcy stwierdzili brak wrodzony błony dziewiczej, mimo, iż błona ta w istocie istniała. Niewątpliwie są te badania trudne, jeśli się zważy, jak często dokonywa ich znawca w nieodpowiedniem miejscu, np. w kancelaryi sędziego, przy złem oświetleniu, a nadto badanie utrudnione jest oporem ze strony badanej (np. dziecka) i częstem zanieczyszczeniem jej sromu. Mimo to, okoliczności powyższe nie tłómaczą

niedokładności badania, lecz raczej powinny być wskazówką, aby ich nie lekceważyć, wszak bowiem omyłka znawcy może za sobą pociągnąć zasądzenie niewinnego człowieka, ofiary przewrotności i chęci wyzysku ze strony kobiet, fałszywie obwiniających go o zadanie im gwałtu.

Na 102 przypadków zgwałcenia, będących w mowie. w 70 istniała błona dziewicza nienaruszona, w 27 była ona przedarta, w 5, t. j. u kobiet, które poprzednio już rodziły, znajdowały się zwykłe strzępy mirtowate. Z 27 przedartych błon było 20 świeżo przedartych, a w 7 istniało przedarcie już niewątpliwie przed ostatniem zgwałceniem. Świeżych przedarć błony, powstałych przy zgwałceniu, które było powodem badania, stwierdziłem 14 u ofiar niżej lat 14, a 6 u ofiar starszych. Dawnych przedarć błony stwierdziłem 5 u osób niżej 14 lat, a 2 u osób starszych. Trzy przypadki świeżego przedarcia błony dziewiczej dotyczyły dziewczęcia 10, 11 i 13-letniego, które obcowały płciowo z dwoma 15-letnimi pastuchami, płciowo jeszcze nie rozwiniętymi tak, iż sprawiali oni wrażenie chłopców 11—12-letnich. U jednej z tych dziewcząt, t. j. u 10-letniej, istniała jedna boczna, poza nasadę błony sięgająca przerwa, a znawcy z przerwy tej wysnuli wniosek, że u badanej są strzępy mirtowate (!), jako pozostałości błony po jej przedarciu. Znawcom tym nieznane były wyniki badań Łazarewicza i Belliena[5], z których wynika, że strzępy mirtowate powstają dopiero po porodzie, t. j. wskutek zmiażdżenia resztek błony dziewiczej przez główkę rodzącego się płodu.

W 70 przypadkach notorycznego zgwałcenia była błona dziewicza nienaruszona, a mianowicie, u 60 dziewcząt w wieku do 14 lat włącznie i u 10 starszych wiekiem, t. j. u 4 po 20, 2 po 19 lat i u jednej 18, 17, 16 i 15 lat liczących. Brak przedarcia błony dziewiczej u 60 nieletnich dziewcząt tłómaczy się niestosunkiem rozmiarów członka dorosłych ich gwałcicieli do rozmiarów sromu, względnie pochwy ofiar, wobec czego akt płciowy, jak to zwykle w tych razach bywa, odbywał się w przedsionku (tak zwany *coitus vestibularis*, »coït périnéal« Lacassagnea). Brak przedarcia błony dziewiczej u 10 dziewcząt, płciowo już rozwiniętych, tłómaczył się w znacznej części samym kształtem i podatnością błony ich, która przedstawiała się u nich 3 razy jako od urodzenia płatowa, raz jako strzępiasta, 2 razy jako pierścieniowata i 2 razy jako sierpowata, dwa ostatnie rodzaje o dużym otworze.

Przechodząc do kształtu błony dziewiczej, to najczęściej przedstawiała się ona jako półksiężycowata (46 razy), częściej w odmianie sierpowatej niż podkowiastej, miała wolny brzeg gładki, niekiedy z bocznymi symetrycznie rozłożonymi, płytkimi wrębami, tylko w 3 przypadkach był brzeg wolny wyraźnie ząbkowany (*h. semilunaris denticulatus*). W 12 przypadkach była błona pierścieniowata o otworze raz tylko współśrodkowo ułożonym (*h. centralis*), zresztą zawsze odśrodkowym. W przypadku centralnego umieszczenia otworu tworzyła błona wązki zewsząd jednako szeroki rąbek (u 10-letniego dziecka), który pierwsi znawcy przeoczyli i oświadczyli, że dziecko to nie ma błony dziewiczej od urodzenia. Brzeg wolny tych błon bywał gładki, raz tylko ząbkowany. W 4 przypadkach był otwór w błonie owalny w kierunku długiej osi ciała tak, że błona tworzyła jakgdyby trzecią parę warg (*h. labiiformis*). W 5-ciu przypadkach przedstawiała się błona jako z kilku (4) płatów złożona (*h. lobatus*); płaty atoli były ze sobą przed nasadą błony złączone, o brzegach jednostajnie się ścieńczających ku końcowi, przyczem dwa razy był brzeg pokryty silnie w postaci rzęsków rozwiniętemi brodaweczkami (*h. fimbriatus*). W jednym z tych przypadków u 15-letniej dziewczyny płatki błony, ułożone jak płatki kwiatu obok i poza sobą, wypuklały się ku przedsionkowi i tkwiły swymi końcami między wargami większemi (*h. corollatus*) W 2 przypadkach miała błona dziewicza dwa otwory, odgraniczone niemal w środku z góry na dół biegnącą, wyraźną przegrodą (*h. septus*). W jednym z tych przypadków, u 7-letniego dziecka, istniała zdaje się także i przegroda pochwowa (*vagina septa*). W jednym przypadku tworzył tylny rząd marszczek (*columna rugarum*) pochwy wyraźną, ku wolnemu otworowi błony w środku od dołu wystającą wypustkę, szczątkową przegrodę; wskutek tego kształt otworu zbliżał się do kształtu czerwieni z kart do gry, jak go trafnie określił Haberda (kartenherzförmiger H. — *H subseptus*).

Jak już wspomniałem, w 27 przypadkach była błona dziewicza przedarta. W 16 z tych przypadków można było jeszcze pomimo przedarcia rozpoznać kształt pierwotny błony, a mianowicie w 12 przypadkach kształt półksiężycowaty, w 2 przypadkach pierścieniowaty, raz przedzielony (*h. septus*) a raz sercowaty (*h. subseptus*). Z 12 błon pół księżycowatych 7 okazywało jedną przerwę, a to 5 razy z boku ułożoną, zaś 2 razy u dołu, 5 okazywało dwie przerwy, z tych 3 z boku i z dołu, a 2 z obu boków, wreszcie jedna okazywała 3 przerwy, dwie boczne i jedną dolną. Z dwóch błon pierścieniowatych jedna była tylko z jednego boku, druga z obu boków w dole przedarta. Błona dziewicza z przegrodą miała lewy, niżej położony otwór większy z boku świeżo naddarty, błona sercowata (*h. subseptus*) miała w dole po obu bokach leżące dwie świeże przerwy.

Jak kształt błon dziewiczych nienaruszonych w 70 wspomnianych przypadkach, choć odpowiadał temu lub owemu typowi, przecież w szczegółach się różnił, tak też i grubość utkania tych błon przedstawiała się jako właściwa każdej z nich z osobna. Na ogół zauważyłem 34 razy błonę cienką (*h. debilis*), 36 razy błonę grubą, mięsistą (*h. carneus*), w tych ostatnich 6 razy szczególnie rozciągliwą (*h. tendineus*).

Inne obrażenia części płciowych, zwłaszcza znaczniejsze, były rzadkie. I tak u 6-letniej ofiary, zgwałconej przez 27-letniego mężczyznę, istniało pęknięcie błony dziewiczej półksiężycowatej w środku u dołu, które przechodziło w ranę, powstałą z pęknięcia krocza do połowy jego szerokości. U dwóch tj. u 17-letniej i 18-letniej ofiary, zgwałconych przez 7, względnie 5 sprawców w wieku od 16—24 lat, istniało przedarcie tylnego wędzidełka obok przerw w błonie dziewiczej. Wreszcie u 6 ofiar, mianowicie u 4, 5, 8, 9, 10 i 14-letnich, istniały przy nienaruszonej błonie świeże otarcia i drobne podbiegnięcia krwawe na wewnętrznej powierzchni warg większych i w przedsionku, zwłaszcza koło cebulki moczowej. U dwóch 11-letnich i u jednej 13-letniej ofiary, trudniących się obok handlu obnośnego tajnym nierządem, istniał wybitny przerost łechtaczki i górnych odcinków warg mniejszych, które stercząc ze szpary

sromowej, nabrały już cech, właściwych ogólnym powłokom skórnym.

Z obrażeń ciała, rozmieszczonych poza okolicą części płciowych, stwierdziłem u dwóch ofiar (42-letniej i 59-letniej) rozległe sińce na wewnętrznej powierzchni obu ud, u dwóch innych (47-letniej i 28-letniej) takie same sińce na ramionach i przedramionach, wreszcie u 20-letniej ofiary ranę ciętą na małym palcu ręki prawej, odniesioną w chwili obrony przed napastnikiem, który się jej odgrażał nożem. W jednym przypadku usiłowanego zgwałcenia, zestawieniem tem nie objętym, zadał 14-letni, umysłowo niedołężny pastuch 5-letniej dziewczynce, powaliwszy ją na ziemię, ranę 6 cm długą, ciętą w powłoki brzuszne powyżej spojenia łonowego. Napastnik usiłował wedle własnego oświadczenia ofiarę swą »wymiśkować« i tylko nadejściu starszej swej siostry zawdzięczało dziecię, że rana odniesiona była płytka, bo przenikała tylko samą skórę*).

Z zakażeń wenerycznych istniało u 10 ofiar (tj. u 3, 5, dwóch 6, dalej u 8, 10, 13 i u trzech 12-letnich) ostre zakażenie wiewiórowe sromu i pochwy, stwierdzone badaniem bakteryologicznem wydzieliny, u 2 ofiar zaś, t. j. u 13-letniej i 22-letniej, istniały świeże drugorzędne zmiany kiłowe, raz w postaci ogólnej osutki plamistej (u 22-letniej ofiary), raz w postaci osutki świeżej, drobno-guzkowej (u 13-letniej ofiary). Z wyjątkiem dwóch przypadków zakażenia tryprem, w których kontrolne badanie gwałcicieli nie wykazało u nich śladów trypra, istniały u gwałcicieli reszty wymienionych ofiar te same zakażenia weneryczne w okresach dawniejszych tak, że zakażenie ofiar przez tych sprawców było dowiedzione. Ofiara 12-letnia, o której na wstępie była mowa, mająca utrzymywanego przez siebie 25-letniego kochanka, a oddająca się zawodowo nierządowi, była dotknięta tylko ostrym wiewiórem, a nie kiłą, mimo iż kochanek jej był kiłą zakażony, a tylko leczył się z powodu tej choroby w szpitalu na krótko przed nawiązaniem stosunku z ofiarą.

W kilku przypadkach istniało zapalenie sromu wskutek nieczystości, w jednym z nich nadto wybujałe kłykciny kończyste.

Sprawców tych 102 przypadków zgwałcenia były razem 110, mianowicie niepełnoletnich w wieku od 14—23 lat włącznie 46, w sile wieku, t. j. od 24—48 lat 42, podeszłych wiekiem, tj. liczących 51, 52, 56, 60, 62, 65 i 77 lat życia 7 u 11 wiek był nieznany, 4 sprawców wogóle nie wykryto. Co do zawodu było prócz 4 niewyśledzonych sprawców 12 żebraków i włóczęgów, 23 wyrobników, 10 pastuchów, 15 służących, 25 rzemieślników, 6 handlarzy, 6 gospodarzy rolnych, 3 uczniów szkół średnich, 6 z sfery inteligencyi. Stanu wolnego było 78, żonatych 23, z tych 2 opuszczonych przez żony, wdowców 5, niewyśledzonych 4. Ze 106 znanych sprawców było 13, tj. 11·8%, wyznania mojżeszowego. W 11 przypadkach zachodził pewien bliższy stosunek między sprawcą a jego ofiarą. I tak w 5 przypadkach był sprawcą zgwałcenia ojciec ofiary (z tych dwóch dotkniętych obłąkaniem, jeden niedowładem postępującym, drugi podnieceniem szałowem i wrodzonem przytępieniem umysłu), w 1 przypadku ojczym, w 1 przypadku brat przyrodni, w jednym opiekun a zarazem ojciec chrzestny ofiary, w 3 wreszcie przypadkach służbodawca nieletnich piastunek dzieci. W 13 przypadkach byli sprawcy dotknięci nieprawidłowym stanem umysłu, który wyłączał u nich odpowiedzialność karną. Z form stwierdzonego nieprawidłowego stanu umysłu wykazano u 10 sprawców znaczne, wrodzone przytępienie umysłu (*imbecillitas*), u 1 sprawcy niedowład postępujący na tle przebytej kiły, u 2 wreszcie wybitne starcze niedołęstwo umysłu. U 4 sprawców zachodziły wady rozwojowe i nabyte narządów płciowych, u dwóch 15-letnich sprawców istniał wybitny infantylizm (brak zupełny porostu włosów na częściach płciowych, głos chłopięcy, jądra i członek rozmiarów dziecięcych), mimo którego jeden z nich, skazany następnie na 1½-roczne ciężkie więzienie, zgwałcił 6 dziewcząt w wieku od 7—13 lat, przyczem u 2 ofiar jego (11-letniej i 13-letniej) stwierdzono świeże przedarcia błony dziewiczej. U 62-letniego sprawcy zgwałcenia, popełnionego na 16-letniej, nierozwiniętej dziewczynie, istniał urazowy zanik jądra lewego (jądro wielkości fasoli) i brak odruchu tegoż jądra; członek męski i jądro prawe były rozmiarów prawidłowych. Wreszcie u wspomnianego już dwukrotnie kochanka, utrzymywanego przez swą 12-letnią ofiarę, zawodowo oddającą się nierządowi, istniała czynnościowa niemożność obcowania z powodu braku wzwodu prącia. Dlatego też 25-letni ten sprawca obcował tylko z nieletniemi dziewczętami, wstydził się bowiem swej niezdolności przed kobietami dojrzałemi. U 9 sprawców dała się stwierdzić choroba weneryczna, u 4 ostry, u 3 przewlekły wiewiór, u 2 wtórorzędna kiła, raz w postaci świeżej plamistej osutki, a raz w postaci kłykcin rozpadających się na członku i mosznach.

Ośmiu sprawców w wieku od 15—60 lat stało pod zarzutem zgwałcenia kilku ofiar, liczących mniej, niż 14 lat; 4 z nich zgwałciło po 2 ofiary, jeden zgwałcił 3 ofiary, dwóch po 6 ofiar, jeden (60-letni) 7 ofiar. Naodwrót uległo 6 ofiar zgwałceniu, dokonanemu w tym samym czasie przez kilku sprawców, wzajemnie sobie dopomagających w dopięciu celu. Wiek sprawców tych, wspólnie dokonanych na jednej ofierze zgwałceń, wahał się między 16 a 30 lat. Natomiast wiek ich sześciu ofiar wynosił 17, 18, 19, dwa razy 20, i 1 raz 42 lat. Jedną z tych ofiar zgwałciło dwóch sprawców, dwie inne każdą trzech, jedną czterech, jedną pięciu i ostatnią siedmiu sprawców.

Z 95 sprawców o znanym wieku, 55 dopuściło się czynu na dziewczętach, które nie ukończyły jeszcze 14 roku życia. Wiek średni tych sprawców wynosił 36 lat, najwyższy 77 lat, najniższy 14 lat. Natomiast u 40 sprawców zgwałcenia kobiet w wieku od 14 lat wzwyż wynosił średni wiek 24 lat, najwyżej 56 lat, najmniej 16 lat. Zestawienie powyższe wykazuje dowodnie pociąg płciowy młodych mężczyzn do starszych kobiet, a starych mężczyzn do nieletnich dziewcząt. Szczególnie 4 przypadki zgwałcenia podeszłych wiekiem kobiet zasługują na uwagę. Pierwszy z nich dotyczy zgwałcenia w polu na wsi 42-letniej

*) Analogię do powyższego przypadku heteroseksualnego popędu sadycznego u chłopca w wieku pokwitania, stanowił oceniany przezemnie przypadek, tyczący się 14-letniego robotnika fabryki sody amoniakalnej, któremu w czasie obiadowej drzemki drugi, 16-letni kolega, polał wzgórek łonowy surowym kwasem siarkowym (witryolejem). W innym wreszcie, ocenianym przezemnie przypadku, wylali dwaj młodzi robotnicy pod siedzącego na ławie w karczmie szynkarza surowego kwasu siarkowego. W obu przypadkach, o niewątpliwym płciowym (sadycznym) podkładzie, goiły się zadane rany przez kilka tygodni.

wieloródki, o wejrzeniu zewnętrznem, odpowiadającem jeszcze podeszlejszemu wiekowi, przez trzech sprawców, wiejskich parobków, liczących 19, 22 i 23 lat życia. Drugi przypadek tyczy się zgwałcenia 47-letniej wieloródki, gospodyni wiejskiej, schorowanej, dotkniętej wolem i wadą zastawkową serca, przez 40-letniego mężczyznę. W trzecim przypadku zgwałcił 27-letni, silny i zdrowy parobek 59-letnią gospodynię wiejską, matkę kilkorga dzieci. Czwarty przypadek, przewyższający wszystkie znane w tej mierze przypadki w piśmiennictwie, dotyczy 90-letniej wdowy, którą 24-letni parobek, dotknięty wrodzonem znacznem przytępieniem umysłu, zgwałcił w południe letnie w rowie przydrożnym. Wedle własnego przyznania doznał on na widok staruszki wzwodu członka i dlatego oświadczył jej bez ogródek chęć spółkowania z nią. Gdy zaś ona, powołując się na swój sędziwy wiek, zalecała mu wybór do tego celu młodej kobiety, ze słowami »stara a młoda mają taką samą«... powalił ją na szkarpę gościńca, usta chustką jej przytkał i grożąc w razie oporu uduszeniem, dokonał aktu, wrzekomo pierwszy raz w życiu.

Również młodym był wiek pięciu sprawców zgwałcenia ofiar, dotkniętych toczniem twarzy, gruźlicą płuc i znaczną blednicą, garbem, wreszcie ropieniem gruczołów na szyi, albowiem wynosił 14, 15, 23, 30 lat.

W 16 przypadkach łączyło się zgwałcenie z innymi rodzajami przestępstw płciowych. I tak w 8 z nich sprawcy o średnim wieku 40 lat, dopuścili się shańbienia przez manipulacye lubieżne ręką koło sromu ofiar, raz dokonane palcem, powleczonym w tym celu oliwą; w jednym przypadku 25-letni sprawca obnażał swe części płciowe przed nieletniemi swemi ofiarami (*exhibitionismus*), w innym przypadku 32-letni mężczyzna polecał nieletnim ofiarom oddawać w obecności swej mocz do szklannego słoja, zniewalając je do tego podarunkami (*picacismus*), w dalszych dwóch przypadkach dopuszczali się 45-letni i 60-letni sprawcy hańbienia małych dziewcząt przez *cunnilinguus*, w dwóch 40-letni i 27-letni sprawcy usiłowali dokonać ze swymi ofiarami, płciowo dojrzałymi, *coitus oralis*, raz pod groźbą uduszenia. Jeden z tych ostatnich przypadków tyczy się konduktora kolei, drugi parobka wiejskiego, a więc w każdym razie ludzi, nie przesyconych chyba jeszcze płciowo i nieświadomych »kultury« światowych stolic. W jednym przypadku szałowo podniecony i od urodzenia umysłowo przytępiony wieśniak 52-letni, obcował po stracie żony z 14-letnią swą córką *per vaginam, per os et per anum* i to często za dnia wobec jej młodszego rodzeństwa. Wreszcie jeden 16-letni sprawca dopuścił się nadto nierządu ze suką.

Co się tyczy sposobów, przewidzianych w ustawie, jakich sprawcy używali do dopięcia swego celu, to pomijając przypadki zgwałceń ofiar nieletnich, zwabianych zwykle w tym celu w zaciszne miejsca zapomocą drobnych podarunków, w 3 przypadkach osiągnięto cel groźbą zabicia nożem, dwukrotnie zgwałcono ofiary pogrążone we śnie, raz po upojeniu alkoholem 16-letniej dziewczyny przez ojca celem dokonania przezeń aktu; w jednym przypadku, nie objętym jednak ogólnem zestawieniem omawianych 102 przypadków zgwałcenia, skorzystał sprawca z chwilowej bezbronności swej 14-letniej ofiary, piastującej na ręku chore niemowlę. Sprawca usadowił ofiarę, siedząc na krześle, na swych udach, a obnażywszy jej pośladki, od tyłu dokonał aktu. Ofiara była bezbronna, nie mogła bowiem była porzucić dziecka, aby uwolnić swe ręce ku obronie.

Kończąc na tem zestawienie przypadków zgwałcenia jakie mi się w ciągu trzech lat w praktyce sądowej trafiły, sądzę, że będzie ono nietylko pouczeniem względnie przypomnieniem odpowiedniego rozdziału z medycyny sądowej dla lekarzy sądowych, lecz także zachętą do podobnego zużytkowania własnych spostrzeżeń.

Piśmiennictwo. 1) Verbrechen u. Vergehen gegen die Sittlichkeit w Schmidtmanna Handb. d. gerichtl. Medicin. I. Berlin 1905. str. 171. — 2) Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs. 1878. — 3) Messungen von 7138. Volksschulkindern polnischer Abkunft zur Ermittlung der erforderlichen Schulbankgrossen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1906. Str. 145. — 4) Hofmann. Lehrbuch d. ger. Med. VII. Auft. 1905.—5) jak pod 4).

Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.

Podali

Dr A. Modrzewski i Dr J. Reize.

(Ciąg dalszy).

II.

W ciągu dwóch i pół lat ostatnich powstało w sprawie wartości odczynu Wassermanna w praktyce, obszerne piśmiennictwo, obejmujące z górą 2000 badań. Nie wszyscy jednak autorowie są jednego zdania co do wartości serodyagnostyki przymiotu; w celu więc zoryentowania się w tych różnych zdaniach i łatwiejszego wysnucia wniosku co do praktyczności odczynu Wassermanna, przedsięwzięliśmy również szereg badań.

Wymagać powinniśmy od odczynu W. przedewszystkiem tego, żeby, poza zupełnie wyjątkowymi przypadkami, dawał wynik dodatni jedynie tylko przy użyciu surowicy chorych na kiłę. I oto tysiąc przeszło badań nad surowicą osób, napewno nie kiłowych, przeprowadzonych przez tak biegłych badaczy, jak Blaschko i Citron, nie dały ani razu dodatniego wyniku odczynu Wassermanna.

W naszych również badaniach surowicy nieprzymiotowych chorych, dokonanych sposobem Wassermanna, na 21 przypadków ani razu nie było dodatniego wyniku.

Co się tyczy niektórych opisanych przypadków, gdzie dodatni wynik otrzymano również z surowicą innych chorych (dur, gruźlica, rak i inne), to trzeba zwrócić uwagę nato, że w pewnych przypadkach albo sami autorowie przyznawali, że hamowanie hemolizy było o wiele mniej wyraźne, niż w surowicy kiłowej (Müller), albo używali nie wassermannowskiego, lecz innych, mniej wypróbowanych, sposobów (Fritz, Kren, Stum, Eisler), albo wywiady nie były dość ścisłe i nie wyłączały przymiotu (Hoffmann Elias, Neubauer, Porges, Salomon), albo nakoniec w surowicy, użytej do badania, powstawało wyraźne hamowanie hemolizy bez dodania antygenu (Autotropen, de-Castello, Ballner), a taka surowica, jak wiadomo, do badań się nie nadaje.

Jeśli to wszystko obliczymy, to ilość przypadków z dodatnim wynikiem badań surowicy nieprzymiotowych chorych pozostanie bardzo nieznaczna w porównaniu z ty-

siącami ujemnych wyników, otrzymanych przy tychsamych warunkach.

Jak potrzebna jest ostrożność przy ocenie takich, pozornie nieprzymiotowych, przypadków, dowodzi następujące spostrzeżenie Fraenkla i Mucha: U 45-letniego mężczyzny, zmarłego na zapalenie płuc, bez żadnych na pozór objawów przymiotu, znaleziono przy badaniu zwłok klasyczne zmiany tętnicy głównej i typowo zrazowatą wątrobę (*hepar lobatum*) z ogniskami kilakowemi. Przy badaniu surowicy krwi za pomocą odczynu Wassermanna otrzymano wyraźny wynik dodatni, a gdyby tensam odczyn wykonano za życia chorego, łatwo byłoby dojść do mylnego wniosku, jakoby odczyn W. udawał się również przy zapaleniu płuc.

I tak, ponieważ odczyn Wassermanna nie występuje prawie nigdy przy badaniu surowicy nie kiłowej, więc temsamem trzeba go uznać za swoisty dla przymiotu.

Teraz rozpatrzymy i porównamy wyniki prac nad surowicą kiłową, wykonanych sposobem Wassermanna przez różnych badaczy, dzieląc je dla ułatwienia podług rozmaitych okresów przymiotu, a mianowicie: 1) Okres wrzodu pierwotnego. 2) Okres lepieżowy. 3) Okres kilakowy. 4) Przymiot układu nerwowego ośrodkowego. 5) Przymiot utajony. 6) Przymiot dziedziczny.

1) Okres wrzodu pierwotnego.

Przy pierwotnych objawach przymiotu odczyn Wassermanna daje wyniki dodatnie, według badań Blaschki i Citrona, w 90%, przyczem zauważono, że wynik ujemny przypada na wcześniejszy okres istnienia wrzodu pierwotnego — do dwóch tygodni.

Inni badacze otrzymali następujące wyniki:

Müller	na	14	przypadków	9	dodatnich
Meier	»	25	»	17	»
Bruck	»	27	»	13	»
Fischer-Meier	»	8	»	6	»
Blumenthal-Hoffmann	»	12	»	6	»
Fleischmann	»	5	»	5	»
U nas	»	6	»	5	»

Ujemny wynik otrzymaliśmy u chorego z wrzodem pierwotnym po 10 dniach istnienia, w pozostałych przypadkach wrzód istniał od 3 do 6 tygodni.

2) Okres lepieżowy.

Przy obecności objawów przymiotu w okresie lepieżowym otrzymali wynik dodatni:

Blaschko-Citron	99%
Blumenthal-Hoffmann	82%
Fleischmann (na 30 przypadków)	93%
Meier (» 84 »)	93%
U nas (» 19 »)	12 dodatnich

Na 5 przypadków ujemnych — w 2 poprzedzało badanie energiczne leczenie rtęciowe.

3) Okres kilakowy.

W okresie kilakowym, przy obecności czynnych objawów przymiotu, dodatni wynik otrzymali:

Blaschko-Citron	91%
Blumenthal-Hoffmann	88%
Fleischmann na 42 przypadki	98%
U nas 1 przypadek z dodatnim wynikiem.	

4) Przymiot układu nerwowego ośrodkowego.

Szczególnie udatne są wyniki odczynu Wassermanna przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem. Prawie u wszystkich badaczy odczyn ten daje wynik dodatni w przeważnej liczbie przypadków.

Levaditi i Marie, jedni z pierwszych badaczy, powiadają: »La réaction de Wassermann et Plaut est la réaction particulière à la paralysie générale et au tabes«. (Odczyn W. jest swoisty dla porażenia ogólnego postępowego i dla wiądu rdzenia.) I rzeczywiście Wassermann i Plaut otrzymali na 54 przypadków porażenia postępowego wynik dodatni w 41 przypadkach, przyczem, równie jak Levaditi i Marie, używali płynu rdzeniowego.

Plaut oddzielnie badał płyn rdzeniowy w 44 przypadkach porażenia postępowego i otrzymał 41 dodatnich wyników; u niego też surowica krwi przy porażeniu dała 100% odczynu Wassermanna.

U Fleischmanna na 16 przypadków przymiotu układu nerwowego ośrodkowego (częścią zapalenie błony wewnętrznej tętnic *(endarteriitis)*, częścią wiąd rdzenia), wynik dodatni był w 13 przypadkach, co wynosi 81%. Z trzech przypadków ujemnych przy wiądzie rdzenia, w dwóch przeszli chorzy poprzednio leczenie rtęciowe.

Raviart, Breton i Petit otrzymali wynik dodatni w 93 przypadkach.

U nas na 2 przypadki, w jednym był wynik dodatni, w drugim — ujemnym — poprzedzała badanie silna kuracya rtęciowa.

V. Przymiot dziedziczny.

W tym kierunku zebrano jeszcze niewiele doświadczeń.

Plaut i Bab otrzymali wielokrotnie dodatni wynik przy badaniu mleka matek albo surowicy niemowląt wtenczas, gdy według prawa Colleta i Profeta matka i dziecko muszą być odporne.

Według doświadczeń Bauera surowica krwi niemowląt wogóle nigdy nie daje odczynu Wassermanna.

Wyniki serodyagnostyki przymiotu dziedzicznego są według zdania niektórych badaczów wiele obiecujące i mogą zmienić do gruntu pojęcia, utrwalone przez klinicystów, lecz badania te nie są dotąd dość liczne i nie dają jeszcze prawa do jakichkolwiek praktycznych wniosków.

W jednym naszym przypadku matka i dziecko mieli wyraźne objawy przymiotu, a badanie mleka sposobem Wassermanna dawało wynik ujemny.

6) Przymiot utajony.

W obecnych czasach nie mamy jeszcze dla przymiotu pewnego sprawdzianu, żeby módz stwierdzić, że nastąpiło zupełne wyzdrowienie, jeśli za nie nie uważać nader rzadkich przypadków powtórnego zjawienia się wrzodu pierwotnego. Wyzdrowienie jednak w większości przypadków nie podlega wątpliwości; dlatego w rubryce utajonego przymiotu zamieszczamy nietylko te przypadki, w których choroba jeszcze istnieje, nie dając tylko widocznych objawów, lecz także i takie, w których wyzdrowienie bezwarunkowo już nastąpiło, ale brak podstaw do sądzenia o tem i które dlatego uważa się jeszcze zawsze za późniejsze okresy przymiotu utajonego.

Okazuje się więc, że w przypadkach przymiotu utajonego odczyn Wassermanna udaje się rzadziej, niż przy jawnym lepieżowym i kilakowym przymiocie, a jeżeli podzielić utajony okres przymiotu również na wczesny i późniejszy, to zmniejszenie wyników dodatnich szczególnie będzie wyraźne w późniejszych okresach.

Otóż w przypadkach utajonego przymiotu, wczesnego (lepieżowego) okresu, dodatni wynik zauważyli:

Blaschko-Citron	80%
Fleischmann (na 45 przypadków)	64%

Tensam wynik w późniejszym okresie przymiotu utajonego zauważyli:

Blaschko-Citron	57%
Fleischmann (na 55 przypadków)	42%
My (na 10 przypadków) w 6 przypadkach.	

Ciekawe jest spostrzeżenie Lessera i Fleischmanna, że % dodatniego wyniku odczynu Wassermanna w późniejszym okresie utajonego przymiotu zupełnie odpowiada odsetkowi w statystyce Lessera, który zauważył przy badaniu zwłok osób, dotkniętych kiłą, a zmarłych na inne choroby, 50% wyraźnie kiłowych zmian w ustroju. Zmiany te za życia niczem się nie objawiały klinicznie.

Nasuwa się samo przez się przypuszczenie, czy w późniejszym okresie utajonego przymiotu, (do którego należą wszystkie przypadki wyzdrowienia), odczyn Wassermanna nie wskazuje na obecność ukrytych zmian kiłowych w ustroju, które dotąd jeszcze się niczem klinicznie nie objawiły, ale mogą stać się groźne w niedalekiej przyszłości.

Takie są ilościowe wyniki badań surowicy kiłowej, według odczynu Wassermanna, w rozmaitych okresach choroby. Streszczając teraz wszystkie te wyniki, można przyjąć, że odczyn Wassermanna daje dodatni wynik w przeważnej liczbie przypadków przymiotu, a mając na względzie poprzednio przytoczone dane, że wcale nie kiłowa surowica (z nader rzadkimi wyjątkami) nigdy nie daje wyraźnego odczynu Wassermana, łatwo stwierdzić, że odczyn ten odpowiada zupełnie wymaganiom serodyagnostyki w celach praktycznych.

Dalsze ścisłe i naukowo przeprowadzone badania, o większym zakresie, pomogą do wyjaśnienia biologicznej istoty tego ważnego dla nas odczynu i określą zależność jego od rozmaitych odmian w przemianie materyi ustroju u chorych na kiłę; tymczasem trzeba zaznaczyć prawdopodobieństwo wpływu leczenia rtęciowego na czasową utratę odczynu Wassermanna.

Tę zależność od leczenia zauważył najprzód Citron i ujął w dwa prawa:

I. Im dłużej zarazek przymiotu oddziaływał na ustrój, im częściej następowały nawroty, tem stalsza i silniejsza jest zawartość przeciwciała w surowicy.

II. Im wcześniej zaczęto leczenie rtęcią, im dłużej je prowadzono, im lepiej odpowiadał celowi sposób jego użycia, im krótszy czas upłynął od ostatniego leczenia, tem mniejsza jest zawartość przeciwciała, tem częściej bywa + o.

Taki sam wpływ energicznego leczenia rtęciowego na czasową utratę odczynu Wassermanna zauważył Bruck, Fleischmann, Blaschko i inni, a także i my w naszych badaniach.

Blaschko stwierdził w 76 na 91 przypadków przymiotu zniknięcie odczynu Wassermanna po leczeniu rtęciowem i zalecał nawet prowadzić leczenie w każdym przypadku aż do ustąpienia tego odczynu. Jednakże pożyteczność uwzględnienia tego nie została jeszcze stwierdzona przez spostrzeżenia kliniczne.

Przy ocenie wartości odczynu Wassermanna w celu rozpoznania i leczenia przymiotu, trzeba pamiętać, jak rozliczne są objawy tej choroby, nie szczędzącej ani jednego narządu w całem ciele i jak często przeocza się jej objawy, lub nadaje się im zupełnie odmienne znaczenie.

Rzeczywiście, chociaż przymiot już dawno zajął poważne miejsce w medycynie, a klinicyści wszelkich działów i przyrodnicy poświęcają dużo uwagi i pracy dla poznania tej plagi ludzkości, to jednak często na razie nie możemy rozpoznać przymiotu. Dlatego chętnie witamy każdy nowy sposób, ułatwiający nam to zadanie.

Odkrycie krętka bladego przez Schaudinna i Hoffmanna było wielkim tryumfem dla medycyny i bardzo ułatwiło rozpoznawanie przymiotu; nie mamy jednak zamiaru porównywać wartości serodyagnostyki z tem odkryciem, ponieważ obecność krętka bladego jest zupełnie przekonywającym dowodem przymiotu, i w tych przypadkach gdzie badanie kliniczne nie jest wystarczające, a badanie krętka bladego łatwe jest do wykonania i uwieńczone wynikiem dodatnim, tam niema potrzeby stosować jeszcze serodyagnostyki. Tak bywa w większości przypadków świeżego przymiotu, przy obecności wrzodu pierwotnego w okresie lepieżowym.

Nierzadkie także są i takie przypadki, gdzie odszukanie krętka bladego jest prawie niemożliwe, co się zdarza w późniejszym okresie przymiotu, a szczególnie utajonego. Jeżeli przytem objawy choroby są niewyraźne lub niewidoczne, to w takich razach odczyn Wassermanna może wyświadczyć bardzo cenne usługi. Przecież w przypadkach późnego przymiotu, o którego istnieniu często nawet sam chory nic nie wie, lekarz nie ma żadnej podstawy do dokładnego określenia choroby i wtedy odczyn Wassermanna jest jedynym dotychczas sposobem wykrycia przymiotu.

Jako objaśnienie, przytaczamy następujące nasze spostrzeżenie:

Młody człowiek 32-letni, mający się za zupełnie zdrowego, zauważył, na krótki czas przed ślubem, twardy obrzęk lewego jądra. Większość lekarzy rozpoznawała cierpienie tryprowe, niektórzy przypuszczali gruźlicę, a tylko Prof. Albaran przypuszczał możliwość kiłowego pochodzenia tego obrzęku, nie kładąc jednak na to nacisku. Półtora miesiąca temu, już po ślubie, chory zjawił się u nas. Badanie według Pirqueta co do gruźlicy dało wynik ujemny, a badanie według Wassermanna co do przymiotu — wynik dodatni. Obecnie chory ten przechodzi leczenie rtęciowe z pomyślnym już wynikiem.

W drugim przypadku, z kliniki Prof. Obrazcowa, u chorego z nieścisłem rozpoznaniem zapalenia śródpiersia (*mediastinitis*) odczyn Wassermanna dał również wyraźny dodatni wynik i odpowiednio zastosowane leczenie wywarło skutek pomyślny.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Fritz Lesser. **Dalsze wyniki serodyagnostyki kiły.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 9). Autor wykonał próbę Wassermanna (zahamowanie hemolizy przez surowicę kiłowych) na przeszło dwu tysiącach przypadków kiłowych z rozmaitego okresu w klinice Lassara w Berlinie. W pierwszym okresie kiły dawało dodatni wynik próby Wassermanna 69% chorych kiłowych, w drugim 91%, w trzecim 90%; w wiądzie rdzenia 56%, w porażeniu postępującem 100%. Odczyn Wassermanna pojawia się zwykle w 3 tygodnie po zakażeniu, wyjątkowo może się pojawić już po 8 dniach po zakażeniu (t. j. po spółkowaniu), a dopiero później pojawia się wrzód pierwotny. Po 35 latach od zarażenia, odczyn W. już rzadko się napotyka. Bardzo często napotyka się na odczyn W. w przypadkach, w których był wrzód pierwotny, a nie doszło do objawów drugorzędnych, w tak zwanej kile utajonej. W 30% przypadkach podejrzanych objawów kiły, w których chorzy przeczyli zakażeniu, odczyn W. był dodatni. Porażenie postępujące należy uważać jako pochodzące od zakażenia kiłowego. Wiąd rdzenia, który w okresie początkującym daje w 75% przypadkach wynik dodatni próby W., jest z małymi wyjątkami przypadków urazowych pochodzenia kiłowego. Schorzenie w tych chorobach polega na zmianach kiłowych w oponach, które następowo wiodą do zwyrodnienia dróg nerwowych.

Odczyn Wassermanna daje się usunąć w 36% przypadków tak przez leczenie rtęcią, jak i jodem przy obecnym sposobie ich używania. Dotąd praktykowany sposób leczenia kiły usuwa w większości przypadków tylko objawy kliniczne, a nie usuwa odczynu W., czyli sprowadza kiłę jawną w okres utajenia. Do usunięcia odczynu Wassermunna trzeba o wiele większych ilości rtęci lub jodu, dłuższego i przerywanego stosowania tych przetworów, co nie sprawia złych skutków. Atoksyl nie usuwa odczynu W. Używanie napojów wyskokowych przeciwdziała usunięciu odczynu. Po zniknięciu odczynu W. po leczeniu, odczyn po tygodniach lub miesiącach może wrócić. Wskazuje to, że czynność jadu kiłowego znów się rozpoczęła w ustroju i należy na nowo rozpocząć leczenie, chociażby zewnętrznie nie było jeszcze klinicznych objawów kiły. Objawy bowiem kliniczne poprzedza odczyn Wassermanna we krwi, jak to autor na przytoczonych przypadkach klinicznych objaśnia. Wobec dodatniego wyniku odczynu W pomimo braku objawów klinicznych należy chorego leczyć, gdyż to są przypadki kiły utajonej. Leczenie należy przedłużać aż do usunięcia odczynu, gdyż »nad każdym kiłowym z dodatnim odczynem W. unosi się miecz Damoklesa wiądu rdzenia lub porażenia postępującego«, albo może się wytworzyć tętniak aorty. »Wiąd rdzenia i porażenie postępujące pojawiają się zwyczajnie, jeżeli kiła nie została wyleczoną«. Nie należy przy ocenianiu wyleczenia kiły spuszczać się na »zwodnicze przypadłości kliniczne«. »Wyśmienitą kontrolą« leczenia kiły jest odczyn Wassermanna. Dotychczasowa praktyka wykazuje, że u dobrze leczonych kiłowych napotyka się mniejszy odsetek dodatnich wyników odczynu Wassermanna, niż u źle lub niedokładnie leczonych.

Autor uważa odczyn Wassermanna za swoisty dla kiły, gdyż na 2000 przypadków dodatnich wyników tylko w trzech przypadkach zachodziła wątpliwość, czy jest kiła, czy jej niema. Wszystkie przypadki kiły dziedzicznej i porażenia postępującego dają wybitnie wyraźny odczyn W.

Wyniki swoje otrzymał autor, używając wyskokowego wyciągu wątrób kiłowych. Najlepsze zaś wyniki okazały się przy użyciu wodnego wyciągu wątrób kiłowych, gdyż ilość ujemmnych prób u chorych klinicznie kiłowych wynosi trzy odsetki (3%). *W. J.*

Kohlrausch i Mayer. **O kataforezie radu.** (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr 4, 1909). Wielu autorów, którzy zajmowali się działaniem sztucznych kąpieli promieniotwórczych wyraża zdanie, że działanie kąpieli przypisać należy wdychiwaniu, a natomiast wpływ emanacyi na skórę ma znaczenie podrzędne. Nie udało się również dotychczas wykazać emanacyi w moczu ludzi, którzy wprowadzali do swego ustroju nawet 100.000 jednostek wewnętrznie lub drogą wdychiwania. K. i M. zajęli się działaniem kataforetycznych kąpieli radowych i stwierdzili, że w moczu osób, które brały takie kąpiele, można było na pewne wykazać emanacyę; natomiast po promieniotwórczej kąpieli bez kataforezy nie znaleziono w moczu ani śladu emanacyi. Autorowie przypuszczają zatem, że kataforeza (może także w związku z elektrolizą) umożliwia wprowadzenie emanacyi do ustroju wprost przez skórę. *W. Kluger.*

Hoffmann. **Doświadczalne badania nad działaniem kollargolu na leukocyty i opsoniny.** (*Berl. klin. Wochschft* Nr 7, 1909). H. wstrzykiwał królikom śródżylnie kollargol w ilościach ½—1 cm³ 1% rozczynu i otrzymał co do zachowania się leukocytów wyniki zgodne z Dungerem. Bezpośrednio po wstrzyknięciu ilość leukocytów malała, w 1—2 godziny potem pojawiała się jednak leukocytoza i to głównie przyrost leukocytów wielojądrzastych. Liczba limfocytów nieco zmniejszała się. W przeciwieństwie do D. nie spostrzegał H. gwałtownego odczynu po wstrzyknięciu, ciepłota wzrastała najwyżej o 1°. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń sądzi autor, że śródżylne wstrzykiwania kollargolu nie wpływają na wskaźnik opsoninowy. *W. Kluger.*

Fürst. **W sprawie antytryptycznego działania surowicy ludzkiej.** (*Berl. klin. Wochschft*, Nr 2, 1909). Autor postanowił doświadczalnie stwierdzić, czy wzmożenie się ilości antytrypsyny w surowicy krwi towarzyszy rzeczywiście charłactwu. Do tego celu użył świnek morskich, którym przez 24 godzin podawał wyłącznie wodę. Doświadczenia te dowiodły niezbicie, że ilość antytrypsyny w surowicy świnki morskiej wzrasta równocześnie z ubywaniem wagi ciała. Zdaniam F. wyniki dotychczasowych badań przemawiają za tem, że i u człowieka pozostaje wzmożenie się ilości antytrypsyny w blizkim związku ze stanami wyniszczenia. *W. Kluger.*

Th. Hausmann. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc przez badanie treści żołądkowej.** (*Deut. Arch. f. kl. Med.* T. 94. Z. 5 i 6). Rozpoznanie gruźlicy płuc w samym początku, kiedy chory wcale nie kaszle i nic nie odpluwa, należy do rzeczy bardzo trudnych. Bardzo szczegółowo opukując i osłuchując szczyty płuc u chorych, zgłaszających się z zaburzeniami żołądkowemi, przekonał się autor, że chorzy ci z przypadłościami żołądkowemi okazują objawy bardzo wczesnej gruźlicy. Zdarzało się jednakże autorowi, że w tych samych przypadkach inni lekarze przeczyli istnieniu gruźlicy. Autor starał się tedy znaleźć sposób, któryby dowodził ponad wszelką wątpliwość słuszności jego zapatrywania, i wpadł na myśl, że mimo braku kaszlu i odkrztuszania, przecież małe cząsteczki plwociny muszą wydostawać się z oskrzeli do krtani, skąd przez ruchy połykowe muszą następowo dostawać się do żołądka. A jeśli tak jest w istocie, to w dobytej na czczo treści żołądkowej u takiego chorego powinnyby się znaleźć owe drobne strzępy wydzieliny oskrzelowej, w nocy wśród snu połknięte, a w tych strzępach prątki. I w istocie zaraz w pierwszym przypadku uzyskał autor wynik dodatni. Był to chory, który narzekał na gniecenie w żołądku po jedzeniu, brak apetytu i ogólne osłabienie. Nie kaszlał, nie odpluwał, a lekarze rozpoznawali już to niedokrwistość, już to neurastenię, już nieżyt żołądka. Tymczasem w żołądku stwierdzono stosunki zupełnie prawidłowe, zarówno co do czynności ruchowej, jak i wydzielniczej. Krew zawierała 75% hemoglobiny. Dokładne, a szczególniej delikatne opukiwanie wykazywało pod prawym obojczykiem lekkie stłumienie; tamże wydech był nieco przedłużony, a na szczycie głębokiego oddechu słychać było drobne trzeszczenie. Autor na tej podstawie rozpoznawał w tym przypadku rozpoczynającą się gruźlicę. Dla wszelkiej pewności wypłukał żołądek na czczo, a znalazłszy w dobytej treści grudkę, z wejrzenia podobną do plwociny, zbadał ją mikroskopowo: grudka ta składała się ze śluzu, wielkiej ilości ciałek białych wielo i jedno-jądrzastych, nielicznych nabłonków z pęcherzyków płucnych, a w jednem polu mikroskopowem można było dostrzedz nadto około dziesięciu prątków Kocha. Potem jeszcze w 6 innych przypadkach zdołał autor w ten sam sposób potwierdzić swe rozpoznanie gruźlicy. Sposób ten, zdaniem autora, pozwala nietylko wogóle stwierdzić gruźlicę w samych początkach w przypadku wątpliwym, ale także stwierdzić, czy u danego chorego istnieje ognisko gruźlicze zamknięte, czy otwarte. Jak wiadomo przypuszczamy, że mamy przed sobą ognisko zamknięte, jeśli chory nie odpluwa, a względnie jeśli w plwocinie nie stwierdzamy prątków gruźliczych; otóż fakty, podane przez autora, zdają się dowodzić, że brak plwociny wcale nie upoważnia do wniosku o zamkniętem ognisku gruźliczem. *Stahr.*

Julius Flesch. **W sprawie zastosowania bromfersanu w leczeniu nerwic czynnościowych.** (*Wiener klin. Runds.* Nr 35). Doświadczenia obejmują 30 przypadków z wiedeńskiej polikliniki. Podawano 2—3 razy dziennie po 3 pastylki bromfersanu (fersan z bromkiem sodowym). Chorzy znosili je dobrze. Przy dawce 9 pastylek na dobę nie spostrzegano czarnego zabarwienia stolca wskutek wydzielania siarkanu żelaza. Przybytek

wagi wynosił ¼—½ kg. tygodniowo. Środek wskazany tam, gdzie obok leczenia żelazem poleca się brom. F. poleca bromtersan szczególnie w nerwicach czynnościowych na tle niedokrwistości. *Ms. W.*

Neurologia.

Prof. Szczerbak A. **Przypadek akatyzyi** (*acathisia paraesthetica*), **wyleczonej drogą autosugestyi. Parestezye wibracyjne.** (*Wracz. Gaz.* 1908, Nr 23). Pod nazwą akatyzyi, opisanej po raz pierwszy przez Haskoveca, rozumie się czynnościowe zaburzenia aktu siedzenia, równoznaczne z czynnościowemi zaburzeniami aktu stania lub chodzenia, jak astazya, abazya, dyskazya i bazofobia: chory nie może się utrzymać w położeniu siedzącem wskutek chwilowych zmian ze strony czynności somatycznych lub psychicznych układu nerwowego, zmian natury czynnościowej, ściśle związanych z aktem siedzenia, znikających przy wstawaniu. Na podstawie różnego mechanizmu powstawania akatyzyi rozróżnia się w piśmiennictwie następujące rodzaje: 1) Akatyzya poraźna lub amnestyczna zdarza się przy histeryi równoznacznie do astazyi (Raymond, Janet): chory zapomina współczynności skurczów mięśniowych, koniecznych dla aktu siedzenia, wówczas kiedy w innem położeniu kurczy swe mięśnie prawidłowo. 2) Akatyzya kurczowa (Haskovec) polega na tem, że podczas siedzenia zjawia się cały szereg ruchów skurczowych, jak podskakiwania i t. d. 3) Akatyzya psychasteniczna (Raymond, Janet, Beduschi), postać najczęstsza; siedzeniu towarzyszy lęk z objawami zwykłymi dla każdej chorobowej obawy (fobii) (catizofobia). 4) Akatyzya parestetyczna, opisana przez Szczerbaka w następującym przypadku: chłopiec, l. 12, nerwowo obarczony, sam nerwowy, od roku cierpi na objawy następujące: w 5—10 minut po usiednięciu uczuwa stale jakieś nieprzyjemne uczucie w kończynie dolnej lewej, mianowicie w udzie i górnych ⅔ goleni; chory prostuje z początku nogę, a następnie uczuwa popęd do wstania. Badanie wykazało: niedokrwistość, osłabienie odruchów z błon śluzowych, a wzmożenie odruchów ścięgnistych, niestały objaw Babińskiego, oraz przeczulicę wibracyjną w lewej kończynie dolnej, w kale dużo jaj glisty dżdżownicowatej, niewiele jaj włosogłówki ludzkiej. Po jednorazowem badaniu, które na chorego zrobiło wielkie wrażenie, objawy akatyzyi wraz z przeczulicą znikły: chory wyzdrowiał przez autosugestyę. *Acathisia paraesthetica* w tym przypadku zbliża się do *akinesia algera* i mogłaby w nią przejść, gdyby chory sprzeciwił się popędowi do wstania: miejsce parestezyi zajęłaby wówczas psychalgia. Chory podawał później, że nieprzyjemne uczucie w nodze podobne było do wewnętrznego drżenia, wywołanego drganiem widełek. *Nelken.*

Lustryckij W. **Przypadek dysbazyi histerycznej pod postacią chromania przestankowego.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 20). Spostrzegana w klinice Prof. Bechterewa chora l. 39, obarczona, dziedzicznie od 4½ lat zaczęła cierpieć na ogólne osłabienie mięśniowe, zwiększające się przy nieznacznych wysiłkach fizycznych, do którego wkrótce przyłączyło się chromanie na lewą nogę. Chora dostała 9 wcierań rtęciowych, zażywała przez 2 tygodnie jodek potasu i dostała 11 wstrzyknięć arszeniku. Po 11-tem wstrzyknięciu chromanie ustało, zjawiło się jednak na nowo po 2 tygodniach z bolami o nieokreślonym charakterze w lewej nodze. Od tego czasu do roku 1908 trzykrotnie zjawiało się chromanie, które na początku leczenia zwykle ustępowało. 30—50 kroków idzie chora zupełnie prawidłowo, potem zaczyna utykać na lewą nogę; stopa tworzy stopę szpotawą, kończyna podcina się w kolanie, wreszcie objawy te przechodzą na drugą kończynę, chora musi usiąść, a po odpoczynku chodzi znowu prawidłowo. — W r. 1858 Charcot opisał »claudication intermittente«, polegającą na przestankowych zaburzeniach chodzenia wskutek zmian miażdżycowych w tętnicach dolnych, Dejerine opisał inną postać z bolesnością i bolami kończyn, w której znalazł bądź nieznaczne wzmożenie odruchów kolanowych, bądź też dość znaczne wzmożenie się tych odruchów u szczytu znużenia i bolów, a także drgawki stopy i objaw Babińskiego. Charakterystycznym dla tego typu Dejerinea jest młody wiek chorych, wyraźne tętnienie tętnicy tylnej stopy i polepszenie po energicznem leczeniu rtęciowem. Cierpienie to zależy od zmian tętnic rdzenia i można je uważać za pierwszy objaw kurczowego porażenia kończyn dolnych, w które chromanie przestankowe przechodzi w razie zaniedbania leczenia. — L. w swoim przypadku wyłącza chromanie przestankowe typu Charcota z powodu wieku chorej i braku miażdżycy, jakoteż chromanie typu Dejerinea z powodu braku organicznych objawów u szczytu napadu, skłonny zaś jest przyjąć tu abazyę, a właściwie dysbazyę: charakterystycznym dla abazyi objawem jest niemożność chodzenia przy zachowanem czuciu, sile mięśniowej i kojarzeniu. Z 2 postaci abazyi neurastenicznej i histerycznej pierwszą, która właściwie jest fobią, autor wyłącza. Wobec braku afektu podczas napadu, rozpoznaje natomiast postać histeryczną abazyi ze względu na obecność innych histerycznych objawów (zwężenie pola widzenia, przemijające znieczulenie połowicze lewostronne). Leczenie hypnozą i kąpielami elektrycznemi. Wyzdrowienie w przeciągu trzech tygodni. *Nelken.*

Pedyatrya.

Muskat. **W sprawie powstawania skrzywień bocznych kręgosłupa.** (*Arch. f. Kinderheilk.* Tom 49, zesz. 1. i 2, 1908).

Omówiwszy krytycznie wszystkie dotąd znane czynniki szkodliwe, które mogą wywoływać skrzywienia kręgosłupa: wpływ szkoły, długie siedzenie w niewygodnych ławkach, noszenie małych dzieci na jednej ręce, noszenie książek pod pachą, wrodzone wady kręgosłupa, wreszcie tak zwaną »liczebną zmienność« kręgów (numerische Variation Böhma), polegającą na tem, że bądź ostatni krąg szyjny przemienia się w krąg piersiowy i przytrzymuje pierwsze żebro, bądź pierwszy krąg lędźwiowy przemienia się w 13 krąg piersiowy i przytrzymuje ostatnie żebro, zwraca autor uwagę na nieuwzględniany dotąd czynnik szkodliwy, a mianowicie: nieumiejętne prowadzenie za rączkę dopiero co zaczynających chodzić dzieci.

Przy spostrzeganiu takich dzieci podczas przechadzki można zauważyć następujące zmiany: całe ciało wraz z głową jest pochylone na jedną stronę, poziom ramion nierówny; jedna stopa zlekka tylko dotyka ziemi, gdy druga spoczywa całą powierzchnią na ziemi; górna część ciała jest pochylona ku przodowi; — wszystko to, jeżeli się powtarza często i przez czas dłuższy, może przyczynić się do skrzywienia kręgosłupa, jak to widać z załączonych w pracy rysunków. Wyżej opisaną postawę dziecko przybiera przy chodzeniu dlatego, że niemoże dosięgnąć ręki prowadzącego je człowieka dorosłego. Jak wykazują obliczenia, długość dziecka w tym wieku wraz z wyciągniętą ręką wynosi średnio 69 cm, ręka zaś dorosłego znajduje się na wysokości 85 cm; pozostaje do wyrównania przeszło 15 cm. Dziecko, chcąc trzymać się za rękę dorosłego, musi nadmiernie wyciągać odpowiednią (zazwyczaj lewą) rękę wraz z ramieniem, co prowadzi do wyżej opisanej postawy całego ciała. *Wl. Schoenaich.*

Ferraris-Wyss. **Gościec jako choroba następowa po pląsawicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* Lipiec 1908).

Związek pląsawicy z gośćcem stawowym nie ulega wątpliwości. Ze wszystkich poglądów na istotę pląsawicy najbardziej racyonalnym wydaje się pogląd Heubnera, który uważa pląsawicę jako równoważnik gośćca: »Rheumatisches Aequivalent«. Teorya ta opiera się na ścisłych danych klinicznych: częste napady gośćcowe, w przebiegu lub przed pląsawicą, zapalenie wsierdzia, tak często wikłające zarówno gościec, jak i pląsawicę, wreszcie stosunkowo rzadkie występowanie gośćca u dzieci. Wszyscy badacze, zajmujący się stosunkiem pląsawicy do gośćca, stale wykazywali częstość występowania gośćca przed pląsawicą, autor zaś zajmuje się przedewszystkiem rozstrzygnięciem pytania, jak często występuje gościec po pląsawicy. W tym celu zebrał dane co do 51 przypadków pląsawicy, leczonych w szpitalach w Zurychu od r. 1874 do 1907. Z przypadków tych tylko o losie 35 można było dowiedzieć się pewnych danych, a mianowicie: U 80% dzieci wykazać można było związek pomiędzy pląsawicą, gośćcem stawowym i zapaleniem wsierdzia. Gościec przed pląsawicą stwierdzono w 31%, po pląsawicy w 40%, zapalenie wsierdzia po pląsawicy w 54,3% przypadków. Dane te, zdaniem autora, przemawiają za tem, że pląsawica, gościec stawowy i zapalenie wsierdzia są trzema okresami jednej i tej samej postaci chorobowej, jakgdyby trzema aktami jednego dramatu, jak się obrazowo wyraża. Akty te mogą następować jeden po drugim w różnym porządku. *T. Mogilnicki.*

F. Szontagh: **Kilka uwag o leczeniu antytoksycznem błonicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* Wrzesień 1908).

Spostrzeganie kliniczne 1000 przypadków błonicy w przeciągu lat dziewięciu nasunęło autorowi następujące wątpliwości co do leczniczego działania surowicy. Nie każdy przypadek błonicy kończy się pomyślnie, nawet jeżeli surowicę wstrzyknięto wcześnie i w ilości dostatecznej. Istnieją przypadki złośliwej błonicy, szczególniej u osobników gruźliczych, lub po odrze i płonicy, które nie poddają się leczniczemu działaniu surowicy. Przyczyna tego faktu jest nieznana, w każdym razie przypadki takie

zdarzają się rzadko. Nie należy przypuszczać jednak, że przyczyną złośliwości przebiegu błonicy ma być koniecznie zakażenie mieszane. Prawdopodobnie w tych złośliwie przebiegających przypadkach, nie poddających się leczeniu surowicą, osobnik jest szczególnie wrażliwy na jad błoniczy. Surowica niema znaczenia odtrutki, zobojętniającej jad błoniczy i dlatego nie może ona ani uprzedzać występowania porażeń pobłoniczych, ani ich leczyć. Mimo to jest ona znakomitym środkiem leczniczym, wpływa bowiem bardzo dodatnio na sprawę miejscową i tem samem pośrednio zmniejsza niebezpieczeństwo ogólnego zatrucia ustroju. W błonicy krtani (w krupie) wpływ surowicy na sprawę miejscową jest mniej wybitny, niż w błonicy gardła. Co się tyczy objaśnienia sposobu działania surowicy, to autor przypuszcza raczej jej działanie bakteryobójcze. *T. Mogilnicki.*

Schelbe H. **W sprawie niedokrwistości we wczesnem dzieciństwie.** *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* Paźdz. 1908).

Autor spostrzegał przypadek wrodzonej niedokrwistości u dziecka 1 r. 9-miesięcznego, powikłanej krwawieniami z błon śluzowych i przypominającej krwawiączkę. U dziecka tego, słabo rozwiniętego i bladego, ważącego 10 kg, stwierdzono 3,3 miliony czerwonych ciałek krwi i 30% hemoglobiny, następnie po obfitych kilkakrotnych krwawieniach pochodzenia urazowego i znacznem pogorszeniu się stanu ogólnego w 3 miesiące później badanie krwi wykazało 1,70 mil. cz. ciałek krwi i 20% hemoglobiny. W przypadku tym ani leczenie arszenikowe, ani wstrzykiwanie żelatyny skutku nie odnosiły. Dopiero dzięki 5-krotnie powtarzanym wstrzykiwaniom odwłóknionej świeżej ludzkiej krwi w ilościach od 10—18 cm^3 naraz zaczął się stan dziecka poprawiać, ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny stale wzrastała i w 4 miesiące po poprzedniem badaniu stwierdzono 4,8 mil. cz. ciałek krwi i 45% hemoglobiny przy stosunkowo dobrym ogólnym stanie dziecka (waga 14,3 kg). Na zasadzie tego przypadku radzi autor w ciężkiej niedokrwistości u dzieci możliwie wcześnie stosować systematyczne wstrzykiwania.

T. Mogilnicki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 17. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 48.

1) Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne ś. p. Dra Teodora Dunina, które obecni wysłuchali stojąc na znak żałoby.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Przewodniczący oznajmia, iż dwa punkty spadają z porządku dziennego, albowiem Prof. Rosner musiał wyjechać, a kol. Rose ze względów niezależnych od siebie chorej przedstawić nie może.

4) Prof. Kader przedstawia przypadek **przepukliny pępkowej** olbrzymich rozmiarów, oraz przypadek **zwężenia ujścia cewki moczowej** i omawia sposoby leczenia.

Dyskusya: Kol. Borzęcki zapytuje, czy stulejka była wrodzona i czy światło cewki było badane; zaznacza, że co do etyologii to albo wiewiór, albo wrodzona stulejka może być powodem tego cierpienia. — Prof. Kader potwierdza powyższe przypuszczenia, jednakowoż dziś już wiewióra stwierdzić nie można. Co do stulejki, to chory pozbył jej się operacyjnie przed 12 laty. Światło cewki było badane i jest bardzo wązkie. — Prof. Kostanecki zapytuje, czy to nie może być błędem rozwojowym, mianowicie wadliwe zrośnięcie się fałdów mniejszych.— Prof. Kader sądzi, że istotnie to nieraz stanowi podstawę. — Prof. Bujwid zapytuje, czy ze względu na starszy wiek chorego taka etyologia jest możliwa, a co do gonokoków, to sądzi również, że dziś zapóźno, by coś pewnie dodatniego znaleźć.

5) Prof. Nowak wygłosił wykład: **O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę odłożono do przyszłego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. Posiedzenie naukowe d. 19. marca 1909.

Przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłemu Drowi Duninowi, podnosząc jego zasługi na polu naukowem i obywatelskiem oraz zawiadamia o wysłaniu telegramu kondolencyjnego do Tow. lek. warszawskiego.

Następuje **dyskusya w sprawie płonicy.**

Kol. Piasecki w dłuższym wywodzie krytycznym zastanawia się nad wartością metod w zbieraniu danych statystycznych, tyczących się płonicy (Cohn, Shirley-Murphy); następnie przedstawia własne zestawienia za 14-lecie (1893—1906) z przypadków płonicy z miasta Wiednia, z miast innych bowiem, a także naszych, z powodu liczb małych, a nadto pewnych niedokładności w zestawieniach takich, napotykał na znaczne trudności. Liczby z owego zestawienia uzyskane wykazują, że w sierpniu było o 33% mniej zachorowań w porównaniu z czerwcem, lipcem, wrześniem i październikiem, co osłabia statystykę Cohna. Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi mowca do wniosku, że płonica udziela się najczęściej w 1—2, dniu choroby, dalej przy nawrotach, wskutek niedokładnego odosobnienia, przez osoby zdrowe lub przypadki poronne. Co do szkoły, to nie można zaprzeczać przypuszczeniu, że może ona przyczyniać się do szerzenia choroby, a czas wydalania ze szkoły na 3 tygodnie wobec faktów podniesionych także przez Prof. Kucerę jest raczej za krótki.

Kol. Nowicki zdaje krótko sprawę z materyału sekcyjnego przypadków płonicy za czas lwowskiej epidemii. Gdy w r. 1907 stosunek odsetkowy płonicy do wszystkich sekcyi wynosił 3·21%, to w czasie epidemii 5·04%. Po przytoczeniu liczb, tyczących się płci, wieku, czasu — mówi N. o zmianach anatomicznych, a więc o najczęściej spotykanych postaciach zapaleń gardła i powikłaniach: zapaleniu płuc (40%), nerek (27·1%) i i. W 15 przypadkach przeprowadził mowca badanie histologiczne nerek i mięśnia sercowego, przyczem w 64·2% w nerkach stwierdził mniej lub więcej posunięte zmiany zapalne, a w ogóle zawsze nerki były najsilniej zajęte. W mięśniu sercowym z wyjątkiem zwyrodnienia wysokiego stopnia, nigdy nie spotykał mowca typowych zmian zapalnych. Paciorkowca znajdował w 64·2%, przyczem najczęściej towarzyszyło mu zapalenie nerek (raz zaorowe ropne) i zmiany rozpadowe w gardle.

Kol. Czarnik spostrzegał w czasie epidemii 80 chorych, u których często występowały ciężkie powikłania, jak *angina Ludovici*, obrzęki głośni, zapalenia nerek (28%); w ostatniem spotykał często przed wystąpieniem zapalenia lub nawet, gdy go nie było, nukleoalbuminę względnie mucynę. Mowca podnosi częste powikłania ze strony serca. Zastanawiając się nad pytaniem, czy istnieją postacie płonicy bez wysypki, a nawet bez zapalenia gardła, dochodzi C. do wniosku, że istnieją. Co do szczepionki Gabryczewskiego to, zdaniem mowcy, zabezpiecza ona przed zarażeniem się tylko na krótki czas.

Kol. W. Ziembicki zaznacza, że nie można identyfikować nukleoalbuminy, białka zawierającego fosfor, z mucyną.

Kol. Fels mówi o ranach, jako wrotach zakażenia płoniczego; przytacza przypadek (z epidemii lwowskiej) przeniesienia choroby zapomocą bielizny, przesłanej na większą odległość; mówi o nawrotach płonicy, które sam spostrzegał. Zamykanie szkół ma wartość tylko tam, gdzie dzieci nie stykają się ze sobą na miejscach publicznych, ogrodach i t. d.

Kol. Mikołajski podnosi z jednej strony trudności oznaczenia początku i końca epidemii płonicy wogóle, we Lwowie zaś w szczególności, a oznaczenie to ze względów ekonomicznych i ustawowych jest ogromnie ważne. Nie zgadza się z kol. Leżyńskim co do terminu wybuchu i zakończenia epidemii. Fakt, że po zamknięciu szkół liczba nowych przypadków ogromnie podskoczyła, tłómaczy zaprowadzeniem właśnie w tym czasie energicznych środków kontrolnych, które wykryły mnóstwo przypadków, dotąd niezgłoszonych. Prelegent sądzi, że szkoła jest ważnym rozsadnikiem płonicy. W końcu pragnie, aby obecni uchwalili rezolucye, zaproponowane przez Dra Obtułowicza.

Przewodniczący Prof. Rencki w odpowiedzi zawiadamia, że wydział przedstawi po dyskusyi odpowiednie rezolucye na przyszłem posiedzeniu.

Kol. Zabłocki przytacza cechy płoniczego zapalenia gardła, podnosząc jako szczegół bardzo typowy powierzchowne zmętnienie błony śluzowej gardła już w ciągu 24 godzin.

Kol. Quest, który jest lekarzem epidemicznym, wypowiada kilka uwag z własnego doświadczenia: a więc w 26% objawy ze strony serca (szmery), w 23% zapalenie nerek. W zapaleniu nerek doskonale działała dyeta mleczno-ryżowo-kleikowa; dyeta bez soli nie chroniła przed występowaniem białka. Mowca zauważył występowanie obrzęków przed pojawieniem się białka.

Kol. Mańkowski mówi o szczepieniach Gabryczewskiego, wykonywanych w Rosyi, a których wyniki sam śledził, podnosząc, że niejednokrotnie występowały po nich wszystkie objawy płonicy, coby dowodziło, że jednak paciorkowiec odgrywa tu bardzo poważną rolę.

Kol. radca Opolski mówi o przypadkach płonicy poronnej. (C. d. n.).

Nowicki.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 4. marca 1909 r.

1) P. J. Sosnowski: **Studya porównawcze nad pobudliwością.** Część II. Autor badał skurcz myoidów u Stentora, mięśni nogi Anodonta i mięśnie żołądka żaby. We wszystkich przypadkach prąd zamknięty na stałe działał znacznie silniej, niż przerywany. Atropinizacya mięśni żadnego nie wywoływała wpływu. Skurcz otwarcia nie występował.

2) P. St. Serkowski: **Kolonie-olbrzymy i kolonie ruchome drobnoustrojów.** Autor twierdzi, że kolonie bakteryi nie są konglomeratem przypadkowym, lecz ustrojem złożonym. Zapomocą nowej metody usuwa on z hodowli szkodliwe wytwory przemiany materyi, stale zasilając podłoże, przyczem całość kolonii się nie narusza; przytem wielkość kolonii rośnie 2—10 razy; niekiedy dają się zauważyć przesuwania się kolonii.

3) P. J. Tur: **Doświadczenia nad wpływem promieni radu na rozwój zarodków kaczki.** Naświetlanie radem jaj kaczki wywołuje zboczenia rozwojowe głębsze, aniżeli u kurczęcia: nawet przy naświetlaniu w ciągu pewnego ograniczonego okresu rozwoju wiedzie naświetlanie do powstawania potworów bezpostaciowych, tego samego jednak typu, które u kurczęcia powstają jako wynik naświetlania podczas całego trwania wylęgu (w obrębie pierwszych 24—72 godzin). Typ ogólny zboczeń pozostaje u kaczki ten sam, co w rozwoju żarłacza psiego (*scyllium canicula*) i kurczęcia, co dowodzi jednakowości wpływów teratogenetycznych radu.

4) P. J. Tur: **W sprawie potworów rzekomo złożonych u ptaków.** W przypadkach potworności zarodkowej, polegającej na rozrastaniu się na płask rurki nerwowej, rozdwajanie się poprzeczne somitów może udawać potworność podwójną. Takie rzekome potwory złożone opisali Klaussner i Gerlach i przeszły one nawet do podręcznika teratologii Schwalbego.

(Przedmiot przedstawionych na temże posiedzeniu prac pp. Weyberga, Miklaszewskiego i Sierpińskiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«). *Dr J. Tur.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.
Posiedzenie dnia 1. października 1908 r.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 23 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Fuksiewicz przedstawiał chorego.

Następnie kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad organizacyą walki z cholerą w Radomiu.

Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono:

1) W celu ułatwienia układania porządku dyżurowania kolegów na stacyach, oraz w celu ułatwienia magistratowi możności porozumiewania się z lekarzami miejscowymi zarówno co do dyżurów, jak i szczepień ochronnych, niezbędnem jest utworzenie przy Towarzystwie lek. radomskiem Biura dyżurnego, którego obowiązki i czynności określa następujący regulamin:

Regulamin Biura dyżurnego. *a*) Biuro dyżurne mieścić się będzie w lokalu Tow. lek. radom. *b*) Obowiązkiem biura jest: wyznaczać na 24 godziny przed rozpoczęciem dyżurów komplet lekarzy dyżurujących, złożony z 3 kolegów na jedną dobę, oraz takiż komplet sanitaryuszów z oznaczeniem godzin dyżurów; wywieszać powyższą listę w lokalu Biura i rozsyłać zawiadomienia naznaczonemu na dyżur personalowi lekarskiemu i sanitarnemu. W powyższej sprawie decyzya Biura dyżurnego jest obowiązującą dla dyżurnych lekarzy i sanitaryuszów. *c*) Komplety dyżurujących powinny być tak ułożone, aby dyżurujący mieli wyznaczone kolejno różne godziny dyżurów, by tym sposobem na jednego i tego samego lekarza, czy sanitaryusza, nie przypadały dyżury w jednych i tych samych godzinach. *d*) W razie chwilowej niemożności pełnienia obowiązków na dyżurze przez kogokolwiek z dyżurnych, pożądanem jest, aby tenże zawiadomił Biuro najpóźniej na 2 godziny przed rozpoczęciem dyżuru. Biuro powinno w tej chwili naznaczyć innego dyżurnego, o czem powinno go zawiadomić przynajmniej na godzinę przed rozpoczęciem dyżuru. Gdyby obsadzenie dyżuru przez kogokolwiek z lekarzy okazało się zupełnie niemożliwem, wtedy jeden z kolegów z kompletu biurowego bierze na siebie pełnienie obowiązków dyżurnego po wzajemnem między sobą porozumieniu. *e*) Koledzy, należący do składu Biura, pełnią obowiązki w ciągu jednej doby kolejno i załatwiają odpowiednie czynności. Nazwiska dyżurujących z kompletu biurowego winny być wywieszane w lokalu Biura. *f*) Przy Biurze dyżurnem należy utworzyć posadę woźnego. Czynności te pełnić może obecny woźny Towarzystwa lek. rad., który winien być stale w lokalu Biura i wykonywać wszelkie zlecenia członków Biura. Za powyższe czynności Magistrat powinien dopłacać woźnemu po rb. 10 miesięcznie. *g*) W lokalu Biura powinien być umieszczony telefon na koszt magistratu. *h*) Komplet Biura dyżurnego stanowią koledzy: Płachecki, Kondratowicz, Szczepaniak i Rogoziński. Koledzy powyżsi pełnić będą obowiązki swe na razie bez żadnego wynagrodzenia. *i*) Na przewodniczącego powyższego kompletu wybrany został kol. Jan Płachecki, który został upoważniony przez Ogólne Zebranie do odbierania wynagrodzenia za dyżury i szczepienia ochronne, należne lekarzom, sanitaryuszom oraz posługaczom na stacyach dyżurnych i szczepiennych i wydawania go interesowanym osobom stosownie do okresu dyżurnego (noc lub dzień), ilości spełnionych dyżurów, oraz stosownie do ilości godzin, poświęconych na szczepienie ochronne i ilości dokonanych szczepień według wykazu. Nazwisko kol. Płacheckiego, jako przewodniczącego kompletu biurowego, zostanie zakomunikowane odpowiednim władzom (magistratowi i komisyi sanitarnej miejskiej) wraz ze wskazaniem jego praw. *j*) Organizacyą dyżurów szczepiennych oraz umontowaniem stacyi szczepiennych zajmie się Biuro dyżurnych.

2) Dokonywać szczepień ochronnych przeciwko cholerze. *a*) Zmienić brzmienie uchwały Tow. lek. rad. z r. 1906 w następujący sposób: »szczepień dokonywać może jeden lekarz«. *b*) Dokonywać będą szczepień na stacyach szczepiennych wyłącznie sami lekarze. Do pomocy im będą dodani posługacze lub sanitaryusze. *c*) Niezbędne urządzenia stacyi szczepiennej stanowią: 2 strzykawki Ricorda 2-gramowe, tuzin stalowych, grubych igieł, maszynka do gotowania z rondelkiem i przykrywką, jedne szczypczyki anatomiczne, 3 szczotki do mycia, kubełek, miednica i dzbanek do wody, pół tuzina ręczników, mydło, gąsiorek z przekroploną wodą, spirytus mydlany, eter siarczany, kollodium i 12 pastylek sublimatowych po 1 gr. *d*) Każdy szczepiony winien być zapisywany do specyalnie przygotowanej w tym celu kontroli. *e*) Wynagrodzenie lekarzy dokonywujących szczepień wynosić będzie po rublu za godzinę i po kop. 10 od pojedynczego szczepienia, a to w tym celu, iżby lekarz poświęcający swój czas był wynagrodzony nawet w tym razie, gdyby ludność na stacye szczepienne zupełnie się nie zjawiała. Ponieważ zaś w razie dokonywania szczepień wynagrodzenie w kwocie rb. 1 jest zbyt małem, przeto za każde szczepienie należy się minimalne wynagrodzenie jako dokonany zabieg lekarski. Tylko tym sposobem uchronić można zarówno lekarzy od wyzysku, jako też kasę miejską od nieprodukcyjnych wydatków. *f*) Pierwsza stacya szczepienna w szpitalu św. Kazimierza powinna być otwarta niezwłocznie i czynna będzie godzinę dziennie. *g*) Stacya ta czynna będzie w ciągu miesiąca, poczem w razie braku chętnych do szczepienia i po wygaśnięciu cholery zostanie zamkniętą. *h*) Na stacyi szczepiennej będzie 2 lekarzy dyżurnych i 1 posługacz lub sanitaryusz. *i*) W razie wzrastania zapotrzebowania zostanie rozszerzona i pierwsza stacya szczepienna oraz otwarte inne: w lokalu Tow. lek. rad. i w szpitalu starozakonnych. *j*) Koszt umontowania jednej stacyi szczepiennej wynosić będzie około rb. 25. *k*) Koszta utrzymania w ciągu miesiąca jednej stacyi szczepiennej: *α*) w razie braku chętnych do szczepienia: 2 lekarzy po rb. 30 miesięcznie — rb. 60; 1 posługacz miesięcznie rb. 5; materyał szczepienny rb. 1. Razem rubli 66. — *β*) w razie zgłaszania się osób do szczepienia po 10 osób na godzinę: 2 lekarzy po rb. 30 miesięcznie — rb. 60; 1 posługacz rb. 5; materyał szczepienny rb. 45; wynagrodzenie za 300 szczepień rb. 30; materyał opatrunkowy rb. 5. Razem rb. 145.

3) Wygłosić odczyty o cholerze, środkach zapobiegawczych przeciwko niej i szczepieniach ochronnych. Wypowiedzenia odczytów podjęli się: w resursie kol. Fidler, — w fabrykach kol. Fuksiewicz i Pełczyński, — dla żydów w żargonie kol. Raszka. Na koszta urządzenia powyższych odczytów Inspektor lekarski przyrzekł wyasygnować Tow. lek. rad. rb. 25 z funduszu będącego w jego rozporządzeniu dla walki z cholerą.

4) Wydane nakładem Towarzystwa lek. radomskiego broszurki »O cholerze« *a*) sprzedawać w księgarniach, *b*) przesłać po 25 egz. wszystkim szkołom początkowym bezpłatnie, zaś instytucyom różnym w Radomiu w celu sprzedaży członkom po 1 kop. za egzemplarz.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 8. stycznia 1909.

Prezes radca Dr Fr. Chłapowski zagaja zebranie po raz pierwszy w nowej sali gmachu Tow. Przyjaciół Nauk.

1) Dr Pomorski przedstawia kilka **kamieni moczowych** wydobytych z pęcherzy trzech chorych. Jeden kamień siedział schowany w uchyłku za sterczem, w drugim przypadku poprzedzało utworzenie się kamienia, przerwanie cewki wskutek spadnięcia na dyszel, w trzecim prawdopodobnie powodem kamienia była nitka od szwu.

Dr Łazarewicz potwierdza możliwość utworzenia się w ten sposób kamieni.

2) Następnie prezes Dr Chłapowski na podstawie własnego cierpienia, które ma od 8 lat, omawia **zapalenie naczyń chłonnych i leczenie tegoż natryskami.** Cierpienie objawia się peryodycznem obrzmieniem i zapalnem zaczerwienieniem lewej nogi, tak przykrem, że spuszczenie nogi sprawia wielkie dolegliwości. Prelegent omawia znane objawy zapalenia naczyń chłonnych, które przed 20 laty Verneuil uważał za wywołane przez zarazki róży Fehleisena. Istnieją dwie postacie zapalenia: pręgowata i siatkowata, znacznie rzadsza. Zajęte są włoskowate naczynia chłonne, co sprawia, że choroba przypomina różę, nie ma jednak jej ostrego ograniczenia. Na Śląsku u dziewcząt, pracujących w kopalniach, spostrzega prelegent powstawanie słoniowaciny z takich zapaleń. Co do leczenia, to w lekkich przypadkach zaleca się spokój i wysokie ułożenie chorej części ciała; nie potrzeba okładów, ani maści. Bardzo dobrze działa wyskok a także podana przez Chlumskyego kamfora z alkoholem. Jako nowy, na sobie wypróbowany środek, zaleca prelegent natrysk w kąpieli, który stosował z doskonałym skutkiem w Kissingen. W wannie umieszczony jest pod zwierciadłem wody otwór, którym wytryskuje prąd wody pod ciśnieniem dwóch atmosfer i wywołuje silne falowanie wody. Działa ono nader orzeźwiająco, a wiele lepiej od zwykłego miesienia. Nadaje się ten sposób także do zwykłych obrzęków, a wpływa również korzystnie na przemianę materyi.

W dyskusyi Dr Łazarewicz dziękuje mowcy za zapoznanie z nowym sposobem leczenia. Dr Gantkowski przypuszcza, że może chodzi o jakieś zakażenie wewnętrzne, przy którem widział dobre wyniki przy stosowaniu młodzi. Radca Dr Panieński ostrzega przed ruchem przy drzemiących ogniskach zarazków i powątpiewa, czy miesienie może tu działać dodatnio. Dr Karwowski zapytuje, jaki wpływ ma mieć miesienie przy sprawie, w której unika się wszelkiego drażnienia skóry. Następnie radzi wykonać próbę z metodą opsoninową, a w danym razie spróbować surowicy Menzera, której z wybitnym wynikiem użył przy przewlekłej róży. Co do furunkuliny, to nie mógł się przekonać o jej dodatniem działaniu. Dr Mieczkowski w swoim czasie operował prelegenta na chorą nogę i wyjął mu paznokcie, sądząc, ze z ropienia podpaznokciowego pochodzą zapalenia. Uważa spokój chorej kończyny za niezbędny. Przy stosowaniu furunkuliny także skutków nie widział. Dr Dembiński zaleca Karlsbad, który przy czyrakach bardzo dobrze działa. Dr Zakrzewski kładzie nacisk na stan ogólny serca i krwi. Popiera myśl Dra Karwowskiego, żeby zbadać opsoniny, co do wyników jednak leczniczych, to w stosunku do mozolnych badań są one bardzo małe. Dr Łazarewicz również poleca sprobować metody opsoninowej. Bardzo ważną jest znajomość dróg chłonnych, które ginekolodzy nadzwyczaj dokładnie zbadali, co jest bardzo ważne, np. przy raku macicy. Ł. stosował terpentynę z karbolem i ichtyolem, dobry też jest gwajakol, który nieco znieczula, co bardzo jest ważne. Na maceracyę skóry między palcami zaleca gaudaninę. Wreszcie zaleca szklane buty Biera. W końcu Dr Chłapowski zaznacza, że zajmował się sprawą opsonin, jednak nie widzi w tej metodzie uchwytnych wyników.

Zebranie d. 22. stycznia 1909 r.

1) Prezes radca Dr Fr. Chłapowski zagaja zebranie, poświęcając kilka słów zmarłym świeżo kolegom ś. p. Dr Urbańskiemu i Dr Broekeremu ze Śremu. Ś. p. Dr Broekere był od roku 1870 członkiem wydziału i choć nie zajmował się pracą piśmienniczą, był wybitnym lekarzem i obywatelem, który w pracach społecznych i ekonomicznych brał bardzo czynny udział; zapisał znaczny fundusz na Pomoc koleżeńską. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

2) Następnie sekretarz Dr Dembiński zdaje sprawę z czynności Wydziału w r. 1908. Rok ten zaznaczył się pięknym obchodem jubileuszowym ku uczczeniu 50-letniego istnienia Wydziału. W obchodzie wzięli udział profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej i to pp. Prof. Ciechanowski, Dobrowolski, Kostanecki, Klecki, prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dr Borzęcki oraz Dr Kozerski z Warszawy, i około 70 kolegów z Poznania i prowincyi. Także na jesiennem Walnem Zebraniu mogliśmy powitać gości i to pp. Dra Brudnickiego, Dra Kasprzaka i prezesa Towarzystwa lek. Dra Drozdowskiego z Kalisza. Z grona zaś lekarzy poznańskich pięciu (Dr Dembiński, Dr Pomorski, Dr Karwowski, Dr Kapuściński i Dr Gantkowski) pojechało do Kalisza, gdzie trzej pierwsi wygłosili odczyty. Tak więc zaznaczyła się w bardzo sympatyczny sposób łączność umysłowa i kulturalna z kolegami z innych zaborów. Jesienią mogliśmy jeszcze powitać Prof. Ciechanowskiego z Krakowa, z którym komitet redakcyjny »Nowin lekarskich« omawiał sprawy, odnoszące się do wydawnictwa pism lekarskich. Wydział zajmował się także sprawą założenia »Towarzystwa stanowego lekarzy«, które powstało wspólnie z lekarzami niemieckimi na podstawie zupełnego równouprawnienia, a celem obrony ekonomicznych i zawodowych interesów stanu lekarskiego. Zebrań odbył Wydział 7 zwyczajnych, 2 nadzwyczajne i 2 walne. Odczyty wygłosili pp. Dr Brudnicki, radca Chłapowski (4 odczyty), Gantkowski (2), Karwowski, Kostanecki, Łazarewicz (2), Panieński (2), Fr. Zakrzewski. Demonstrowali zaś: Chłapowski raz, Chrzanowski 4 razy, Grabowski raz, Jankowski raz, Karwowski 7 razy, Kasprzak raz, Kroll raz, Krysiewicz raz, Łazarewicz raz, Meissner raz, Mieczkowski 3 razy i 6 referatów, Nowakowski raz, Skoczyński 2 razy, Szafarkiewicz raz, Szuman raz. Wogóle było 39 demonstracyi i 20 referatów.

3) Następują wybory do Zarządu. Zebranie jednogłośnie obiera dotychczasowy zarząd: radca Dr Fr. Chłapowski prezes, Dr Łazarewicz wiceprezes, Dr Dembiński i Dr Schultz sekretarze.

4) Dr Łazarewicz wygłasza odczyt: **O łożysku obrzeżonem** (*placenta marginata*). Pierwszy Hunter spostrzegał talerzowaty kształt łożyska, lecz tym, który opisał tę sprawę, jest Koelliker. On też postawił — według prelegenta — jedynie słuszną tezę, że postać ta nie powstaje na podstawie zapalnej. Później zapomniano o zapatrywaniu słynnego anatoma i twierdzono, że chodzi tu o sprawę zapalną. Prelegent postanowił wyjaśnić tę sprawę i w piśmiennictwie znalazł pracę Włocha Sfameniego, który według jego zdania najlepiej tłomaczy powstanie »łożyska obrzeżonego«. Mowca przedstawia fizyologiczny rozwój łożyska, przyczem stoi na stanowisku, że niemiecka teorya, iż naprzód w macicy podnosi się doczesna prawdziwa, a potem doczesna zagięta, jest fałszywa. Sfameni wykazał, że wraz z łożyskiem rośnie i mięsień macicy, który przez to je rozciąga. Prócz tej siły działa też ciśnienie wód płodowych. Jeśli np. macica jest zbyt twarda i nie rozciąga się dostatecznie, wówczas łożysko nie dość się rozciąga i wypukla się jego brzeg tam, gdzie ciśnienie jest mniejsze. Gdy ciśnienie jeszcze słabsze, wtedy tworzy się wał wokoło łożyska (*pl. circumvallata*). Niema ciąży pozabłonowej, gdzieby nie było łożyska obrzeżonego. — Przeciw tej teoryi występuje Krömer, który podał bardzo sztuczne tłomaczenie tej sprawy. Mowca zwalcza zapatrywania tegoż autora, jak i innych niemieckich ginekologów i podnosi zasługę Sfameniego, który czysto mechanicznie, a prosto wyjaśnił to zboczenie.

W dyskusyi Dr Święcicki zaznacza, że teorya Sfameniego w rzeczywistości nie jest zupełnie jasna. Jeżeli tylko te czynniki: niedomoga ściany macicznej i ciśnienie wód, grają rolę przy powstaniu sprawy, wtedy powinnoby się to częściej zdarzać, nietylko w 7% przypadków. Możnaby tłomaczyć biologicznie tę sprawę. W końcu ciąży następuje okres wstecznej

przemiany, odpadają nabłonki kosmków, które według Eberharda w stanie czynnym nie mają własności skrzepnych, gdy zaś odpadają, sprawiają krzepnięcie krwi wkoło łożyska. Tkanka obumiera, a w jej miejsce buja tkanka łączna, tworząca pierścień. Przed 19 laty Hansen w Kopenhadze stwierdził, że łożysko obrzeżone zdarza się często, gdy płody są bardzo mało rozwinięte. Gdy matka osłabiona i ciśnienie krwi nizkie, to zdaje się i to wpływać na tworzenie się tej sprawy. Mowca jest zdania, że i kiłę należy uwzględnić w etyologii. Radca Dr Fr. Chłapowski zwraca uwagę na zwyczaj niektórych ludów, że dziewczęta bardzo młodo wychodzą za mąż, co może wpłynąć na nieprawidłowe tworzenie się łożyska, a przez to na poronienia. Dr Łazarewicz przyznaje słuszność preopinantowi. Co do zapatrywania Dra Święcickiego, to sądzi, że i ono da się wytłómaczyć teoryą Sfameniego. Kiła powoduje stwardnienie macicy, może być powodem niedostatecznego jej rozciągania się, a przez to nieprawidłowego łożyska. Tem się też tłómaczy, że niektóre kobiety dopiero przy 6. lub 7. dziecku zaczynają ronić. Również choroby serca i nerek, wywołując stwardnienie, sprzyjają poronieniu. *Dr Karwowski.*

W sprawie kursów dla lekarzy.

Uczęszczając na ostatnie nasze kursa lekarskie, wyniosłem przekonanie o ich doniosłem znaczeniu kształcącem dla lekarskiego ogółu i dlatego uważam za potrzebne wypowiedzieć publicznie tych parę uwag, które może się przyczynią do większego spopularyzowania tej ważnej sprawy. Świadomość korzyści, osiąganych przez uczęszczanie na kursa i uznanie potrzeby korzystania z nich nie są bowiem, jak się zdaje, dostatecznie rozpowszechnione wśród kolegów.

Zdawałoby się przedewszystkiem, że zbytecznem jest uzasadniać potrzebę organizacyi kursów, gdyż każdemu chyba ta potrzeba wydaje się niewątpliwą, a za granicą, zwłaszcza w Niemczech, od dawna jest powszechnie znaną i zaspokajaną; a jednak spotykałem sceptyków, którzy twierdzili, że w trzechtygodniowym terminie trudno coś skorzystać, że doświadczenie i wprawę zdobywa się praktyką i samouctwem, że wreszcie cały zachód takiej wyprawy po wzbogacenie wiedzy wcale się nie opłaci. Pomijam zarzuty co do krótkości zbytniej samych kursów i bezużytecznych kosztów całej wycieczki, gdyż wystarczy raz samemu spróbować, aby się przekonać o całej ich bezpodstawności. Bardziej zasługują na uwagę argumenty o wielkiej doniosłości samouctwa i przeciw nim właśnie chciałbym wystąpić, gdyż są one zbyt przesadzone i mogą wyrządzić tylko szkodę naszemu ogółowi. Znaczenia samouctwa w naszem ciągłem kształceniu się bynajmniej nie odrzucam, bo jest ono konieczne i nieuniknione w naszych zwłaszcza warunkach praktyki prowincyonalnej, ale, mojem zdaniem, nie powinno ono być wysuwane, jako zasada naczelna w zdobywaniu naszej wiedzy. Podstawowe bowiem pojęcia nauki lekarskiej i główne wytyczne, po których idzie dalszy jej rozwój, zdobywa się długiemi studyami w szkole i w klinice i na tej tylko drodze możemy racyonalnie dopełniać nasze wykształcenie systematyczne; często zaś bywa, że lekarz-praktyk, zaufawszy zbytnio swoim własnym siłom i roli samouctwa, zbacza stopniowo z bitego gościńca nabytych w szkole zasad, z biegiem czasu, w zgiełku życia praktycznego, traci je z oczu coraz bardziej, i czasem, niestety, przestaje się niemi kierować w swej działalności lekarskiej. Zdarzało mi się spotykać kolegów, którzy o zagadnieniach lekarskich wypowiadali poglądy, jak gdyby wyjęte z ust profana, a więc zgoła nie licujące z obecnym stanem wiedzy. Odnosi się wrażenie, że tacy lekarze, w miarę coraz dłuższego obcowania z publicznością, stopniowo, może niepostrzeżenie dla nich samych, ulegli wpływowi otoczenia i zamiast pielęgnować zasady prawdziwie naukowego pojmowania zagadnień lekarskich, woleli częściowo nagiąć się do wstecznych poglądów, wyznawanych przez »vulgus profanum«. Niejednokrotnie tu zdarzało mi się spotykać tak powierzchowne rozpoznania postaci chorobowych, że nie sposób było zgodzić się z niemi przy dokładniejszem zbadaniu chorego (n. p. rozpoznanie choroby Brighta przy zupełnym stałym braku jakichkolwiek zmian w moczu). Jeśli w podobnych razach poprzednie rozpoznanie znane jest choremu, to trzeba niemałych wysiłków sofistycznych, aby pogodzić wobec chorego nową nazwę choroby ze starą, i w ten sposób nic narazić na szwank, nie już tylko opinii lekarza, ale opinii samej nauki, której adepci mogą wypowiadać zupełnie przeczące sobie zapatrywania. Nie przeczę, że i warunki naszej pracy, często gorączkowo pospieszonej, z ogromnem przeciążeniem pracowników, wpływają nader ujemnie na ścisłość w rozpoznawaniu i leczeniu, ale tu znaczna część winy w podobnych przypadkach błędów zasadniczych, musi być złożona na karb samego lekarza. Bo przecież w przytoczonych objawach ujemnych praktyki lekarskiej chodzi o coś ważniejszego, niż prosta pomyłka, czy błąd rozpoznawczy, które popełnia każdy lekarz w swej działalności praktycznej; objawy te wskazują na poważne zboczenia od tych nakazów i zasad wiedzy lekarskiej, od których nam odstępować nie wolno. I właśnie tych to kolegów, co porwani w ustawiczny wir praktyki, stają się z czasem »samoukami« w ujemnem znaczeniu tego słowa, nawoływałbym najgoręcej do odświeżenia swej wiedzy i wprowadzenia jej na tory właściwe, z których zbaczać zaczęła na błędne ścieżki.

Ale obok tych, bądź co bądź wyjątkowych typów, istnieją całe zastępy lekarzy prowincyonalnych, którzy pomimo wszystkich dobrych chęci i usiłowań, aby się utrzymać na poziomie wymagań wiedzy współczesnej, nie są poprostu w stanie przyswajać sobie wszelkich zdobyczy w tak licznych dziś gałęziach medycyny, tembardziej, że wiadomości o nich są rozsiane w całej masie wydawnictw peryodycznych, lub w dziełach specyalnych, o posiadaniu których marzyć nie może lekarz przeciętny. Nie mamy zaś na prowincyi ani bibliotek, zawierających potrzebne źródła, ani wzorowych szpitali i klinik, gdzieby lekarz-praktyk pod światłem kierownictwem mógł zaczerpnąć potrzebnego mu doświadczenia w tym, lub owym kierunku. Nie dość na tem — wszak każdy z nas niemal odczuwa pewne luki w swem wykształceniu zawodowem, których po opuszczeniu ławy uniwersyteckiej już nie miał sposobu zapełnić, a które potem w działalności praktycznej dotkliwie nieraz się przypominają.

Oto krótki przegląd braków i ciemnych stron praktyki lekarskiej, których usunięcie powinno być pilnem naszem zadaniem, o ile chcemy sumiennie się wywiązywać z ciążących na nas obowiązków. Samo tylko czytanie, chociażby najgorliwsze, zaradzić temu nie może, samouctwo — również, i tu właśnie leży niezaprzeczona racya bytu kursów dla lekarzy, które mogą zaspokoić najpilniejsze nasze potrzeby naukowe. A więc zadanie kursów powinno polegać na tem, aby dać słuchaczom krótki zarys współczesnych metod badania i leczenia w zakresie każdego z wykładanych działów, kładąc nacisk na najnowsze zdobycze nauki; obok zaś tego — szczegółowym rozbiorem odpowiednich przypadków klinicznych — wpajać potrzebę systematycznego badania i logicznego wysnuwania wniosków z uzyskanych przez badanie faktów. Dalej, w praktycznej części kursów, każdy powinien przerobić wszelkie analizy, wchodzące w zakres danego przedmiotu, a także byłoby pożądane samodzielne badanie i rozpoznawanie ciekawych przypadków klinicznych, z każdorazowem omówieniem danego przypadku z kierownikiem kliniki, lub oddziału, w celu pouczającego wykazania błędów rozpoznawczych, czy leczniczych. To są główne postulaty, które, jak sądzę, lekarz przeciętny stawiłby kursom, aby zadowolnić mogły jego wymagania.

Ostatnie kursa czyniły zadość tym postulatom i w gronie przybyłych zewsząd słuchaczy nieraz dawały się słyszeć wyrazy uznania i szczerej wdzięczności dla kierowników zajęć.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu wypowiedzieć co do kursów kilka uwag, zaznaczając, iż niektóre z nich są wyrazem opinii grona kolegów, zgromadzonych na pożegnalnem naszem zebraniu. Otóż, co do czasu urządzania kursów, życzeniem było ogólnem, aby one były organizowane na wiosnę, w kwietniu lub w maju, gdyż koledzy-praktycy najwięcej mają zajęcia w zimie, zaś koledzy, zatrudnieni po fabrykach cukru, muszą być obecni podczas odbywającej się w tej porze roku fabrykacyi. Czas trwania kursów należałoby, mojem zdaniem, przedłużyć do 4 tygodni, gdyż każdy z kolegów otrzymuje zazwyczaj urlop najmniej miesięczny, a przedłużenie kursów, chociażby o tydzień, przyniosłoby uczestnikom znaczną korzyść. Zapowiedź o mających się odbyć kursach powinna być umieszczana przynajmniej na dwa miesiące naprzód we wszystkich pismach lekarskich polskich, a także w paru poczytniejszych pismach rosyjskich, już to z tego względu, że niektórzy lekarze-Polacy, zamieszkali w Rosyi, czytują przeważnie rosyjskie pisma, już to, że koledzy-Rosyanie nie mają u siebie w kraju podobnych kursów; możliwem więc jest, że i z pośród nich znaleźliby się ochotnicy do skorzystania z kursów polskich. Co do samych wykładów — to największe uznanie osiągnęły te z nich, w których dominującą rolę grały demonstracye i zajęcia praktyczne, połączone z treściwymi wyjaśnieniami. Fakt ten jest łatwo zrozumiały: teoretycznych wiadomości w sprawach nas interesujących możemy, przy dobrych chęciach, zasięgnąć z książek i pism peryodycznych, pokazów zaś

klinicznych, odpowiednio objaśnionych, lub praktycznego przerobienia rozmaitych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych nic nam zastąpić nie zdoła. Wreszcie podniósłbym tylko niewątpliwe korzyści koleżeńskich wspólnych zebrań wykładających i słuchaczy dla wymiany zdań i uwag w sprawie kursów. W każdym bądź razie faktem jest, że po kursach ostatnich rozjeżdżano się do domów z uczuciem żywego zadowolenia z osiągniętych korzyści naukowych, i pragnąłbym szczerze, aby ta krótka wzmianka w poczytnem piśmie lekarskim rozbudziła wśród kolegów większe zainteresowanie do kursów, które nie są jeszcze tak uczęszczane, jak na to zasługują ze względu na ich doniosłą rolę w doskonaleniu się zawodowem szerokiego ogółu lekarzy.

Dr Adam Huszcza.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza: 1) Bojkot posad: lekarza Kasy chorych fabr. Schichta w Aussig, lekarza Kasy chorych i gminnego w Piotrowicach na Śląsku, posady gminnej w Neumarkt-Köstendorf, w Gratkorn i Valalma. 2) Ostrzeżenie przed posadami lekarskiemi w Gracu (Kasy chorych), Biedermannsdorf, Schruns, Rehberg, Kirschlag, Hals, Meinetschlag, Grazen, Tannwald, Trübschitz, Engelsberg na Śląsku, Breitenau i Hermannstadt. *R.*

Kasa chorych dla lekarzy uchwaliła na posiedzeniu (6. marca) zmianę statutu, między innemi zasiłki roczne w razie choroby i stworzenie funduszu pożyczkowego dla członków. *X.*

Brak lekarzy pomocniczych i asystentów w Berlinie daje się odczuwać coraz to silniej. Pochodzi on z wielkiego namnożenia się szpitali, lecznic i sanatoryów, a zarazem z wprowadzenia obowiązkowego roku praktyki szpitalnej. Oczywiście nędzne uposażenie asystentów odgrywa tu też ważną rolę. *X.*

Kasa pogrzebowa lekarzy bawarskich liczy obecnie 924 członków. Majątek wynosi 148.152 marek 75 fenigów. Zeszłego roku wypłacano 453 marek renty. *X.*

Zakaz używania fosforu białego i żółtego do wyrobu zapałek ma wejść w Austryi w życie z d. 1. I. 1912 na zasadzie ustawy, której projekt wniósł rząd 22. III. b. r. do parlamentu. *R.*

Częste uszkodzenia ługiem żrącym, zdarzające się w Austryi, skłoniły ministerstwo spraw wewn. do wydania rozporządzenia, zawierającego ostre przepisy o handlu tym ługiem (odpowiednie przechowywanie, zakaz sprzedaży osobom nieletnim i t. d.). *R.*

Sprzedaż przyrządu „Energos“, wyrabianego przez formę Energos i Sp. w Dreźnie, została przez austr. ministerstwo spraw wewn. zakazana. Badania wykazały, że przyrządy te są dla zdrowia szkodliwe. Składają się one z elementów elektrycznych, którymi się głowę szczotkuje; spostrzegano przy używaniu ich oparzenia skóry. *X.*

Zaopatrzenie w wodę do picia i usuwanie wód ściekowych. Aby ze strony państwa poprzeć prace asanacyjne gmin w tym kierunku, poleciło austr. ministerstwo pracy, by centralne biuro hydrograficzne na żądanie stron badało projekta urządzeń wodociągowych, kanalizacyi i t. p. i udzielało bezpłatnie rad i wskazówek w tym kierunku. Podania w tych sprawach wnosić należy do ministerstwa pracy za pośrednictwem władz politycznych. *R.*

Ruchome muzeum przeciwgruźlicze urządził centralny niemiecki komitet przeciwgruźliczy; muzeum będzie naprzód wysłane do różnych miast krajów nadreńskich. *R.*

Potrzeby ścisłego nadzoru lekarskiego w zakładach dla mamek dowodzi przypadek, który przedstawiał Dr Pollak na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Wiedniu. Do zakładu dla mamek w Wiedniu oddano noworodka, który przebywał tam dwa miesiące i pobierał pokarm od 50 mamek, aż w końcu z powodu wybitnych objawów chorobowych odesłano go do polikliniki, gdzie stwierdzono u dziecka bardzo ciężką kiłę. Ileż to. mamek mogło przez ten czas uledz zakażeniu! *X.*

Sprawę zmiany przepisów dla położnych w Niemczech omawiał Jung z Erlangen na posiedzeniu frankfurckiego towarzystwa położniczego. Domaga się on zniesienia przepisu, nakazującego obowiązkowo położnym przy każdym porodzie wykonywać dwukrotne badanie wewnętrzne. Nadto żąda J., by akuszerki dostawały bezpłatnie (i to w stanie jałowym), jeżeli już nie rękawiczki gumowe, to przynajmniej podwójne palce gumowe z klapą do osłaniania ręki. W dyskusyi Kröhl zwrócił uwagę, że koszt rękawiczek byłby bardzo wielki, i dlatego sądzi K., że pieniądze te lepiej obrócić na obowiązkowe powtarzanie kursów i powoływanie na nie co pewien czas położnych praktykujących. *X.*

Stosunki higieniczne młodzieży szkolnej w Niemczech. Komisya szkolna towarzystwa lekarskiego w Monachium poleciła Drowi Dörnbergerowi i Grassmannowi zbadać statystycznie stosunki pozaszkolne młodzieży szkolnej, zwłaszcza ze szkół średnich, korpusów kadeckich i t. p., co do ilości godzin pracy, snu, odżywiania. zajęć ubocznych, rozrywek i ćwiczeń gimnastycznych i t. p. D. i G. badania swe ogłosili obecnie w sprawozdaniu, z którego wyjmujemy najważniejsze dane. Ilość godzin snu młodzieży szkolnej jest zupełnie dostateczna. Poza szkołą pracuje młodzież średnio 2—4 godzin dla szkoły, a reszta czasu zużywana bywa na lekturę, na naukę języków, muzykę i t. p. Natomiast u bardzo wielu uczniów nie zwraca się uwagi na przechadzki i ćwiczenia fizyczne i z tego też powodu D. i G. żądają na tem polu odpowiednich reform i zarządzeń. *X.*

Śmiertelność dzieci w Anglii jest w sferach robotniczych bardzo wielka, n. p. w Burnley wynosi ona 208 na 1000, a to z tego powodu, że położnice zbyt rychło wracają do pracy, mimo, że ustawa dozwala dopiero w 4 tygodnie po porodzie zaczynać pracę. Z tego też powodu w królewskim »Instytucie publicznej ochrony zdrowia« podniesiono żądanie, by zwrócić na to uwagę pracodawców i przypuszczać kobiety do pracy jedynie za wiedzą lekarza. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21. III. do 27. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 2, Biłków 2), Brzeżany (Budyłów 6), Drohobycz (Medenice 9, Letnia 4, Bolechowce 2, Mraźnica 2), Horodenka (Harasymów 2, Targowica 1, Czortowiec 7), Jaworów (Sarny 3, Bonów 2), Kamionka (Kamionka 1), Kołomyja (Słobódka polna 1, Siemakowce 1), Kosów (Chomczyn 2), Lisko (Czarna 4), Mościska (Czerniawa 6), Skałat (Żerebki król. 3, Skałat stary 1), Śniatyn (Trościaniec 9), Tarnopol (Konopkówka 3), Zaleszczyki (Capowce 17), Zborów (Jarczowce 1); sprawdzono w m. Krakowie 1 przypadek ospy u osoby przybyłej z gubernii kieleckiej. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. III. do 27. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 2, krztuśca 1 † 1, płonicy 13 † 4, odry 1, duru brzusznego 2 † 2 (w tem obcych — † 2). *Dr Kielanowski.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. III. do 27. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy 1 (1), płonicy 5 † 1 (2 † 1), odry 12 (2), duru brzusznego 3 † 3 (3 † 2), jaglicy 74 (64). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. III. do 13. III. 1909 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4, odry 2, płonicy 4, róży 7, duru plamistego 34 † 3, duru brzusznego 11 † 4, duru powrotnego 7, błonicy 3 † 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 13).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 31. III. 1909 posiedzenie, na którem odbyły się zapowiedziane wykłady Prof. Brunera i Dr Nelkena. W dyskusyach zabierali głos Prof. Klecki, Jaworski, Piltz, Dr Eisenberg, Szymanowski.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Marceli Gromski, rodem z Warszawy, Abraham Laub z Bochni, Naftali Goldstein z Podgórza i Jakób Lustgarten z Krakowa.

Lwów. Dla zbadania zagranicznych urządzeń sanitarnych i organizacyi służby sanitarnej wysłało miasto na dwutygodniowy objazd (do Gracu, Wiednia, Monachium, Drezna, Berlina) komisyę, złożoną z wiceprezydenta m. Dra Rutowskiego, fizyka Dra Legeżyńskiego i radnych Drów Mikołajskiego, Piska i Starzewskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Jakób Rotfeld, rodem z Bukaczowiec.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem utworzyła się sekcya gastrologiczna, zajmująca się chorobami narządu trawienia i przemiany materyi. Prezesem obrano Dra Rejchmana, wiceprezesem Dra J. Zawadzkiego, sekretarzem Dra Róbina. (»Med. i Kron. lek.« 13).

— Siedleckie Towarzystwo lekarskie urządziło 2. IV. 1909 uroczyste posiedzenie ku uczczeniu stuletniej rocznicy urodzin Karola Darwina z następującym programem: 1) Słowo wstępne, biografia i bibliografia Darwina (wiceprezes Tow. Dr Jarosiński). 2) Historya biologii do Darwina (prezes Towarzystwa Dr Szawelski). 3) Teorya ewolucyi (Prof. J. Chełmiński). 4) Wpływ teoryi ewolucyi na rozwój wiedzy ludzkiej i stanowisko człowieka w przyrodzie według Darwina (Dr Jarosiński).

— Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, zamierzając uzupełnić »Słownik lekarzów polskich«, uprasza autorów polskich o nadsyłanie krótkiego »curriculum vitae« i spisu ogłoszonych prac pod adresem wydawcy (Dr L. Guranowski, Warszawa, Nowojasna 6).

— Zmarły niedawno obywatel ziemski z Kijowskiego, ś. p. Staszewski, pozostawił znaczne zapisy na cele naukowe i społeczne. Oprócz legatów dla Akademii umiejętności w Krakowie i Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu (po 25.000 rb.), oraz na szpitale dla starców i kalek w Poznaniu (60.000 rb.) i Częstochowie (30.000 rb.), zapisał ś. p. Staszewski 30.000 rb. Warszawskiemu Towarzystwu opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, które zapis ten przeznaczyło na ukończenie budowy nowego zakładu w Drewnicy, obliczonego na 200 chorych.

Poznań. Obowiązkowy rok praktyki szpitalnej zamierzał jeden z lekarzy odbyć w szpitalu powiatowym w Świeciu; na zgłoszenie się swoje otrzymał jednak od kierownika szpitala, niejakiego Dra Wagnera, list następujący: »Jeżeli pan jest katolikiem, musi pan dołączyć piśmienne zapewnienie, że pan wyznaje stałe przekonania niemiecko-narodowe i przyobiecuje trzymać się zdala od wszelkich zabiegów polskich«. (*Kuryer pozn.*). Nawet w tych stosunkach, jakie panują w Poznańskiem, list ten jest prawdziwem »curiosum«, skoro rok praktyki szpitalnej jest w Niemczech nakazanym ustawowo obowiązkiem, a nie żadnym przywilejem.

Z różnych stron. Wystawa urządzeń miast i uzdrowisk, uwzględniająca przeważnie stronę sanitarno-higieniczną, odbędzie się w Petersburgu od 9. maja do połowy września r. b. Wystawcom polskim udziela informacyi p. T. Żołądkowski, budowniczy w Grodzisku (gub. warszawska).

— W Antwerpii odbędzie się wkrótce wystawa sztuki, obejmująca przedmioty (obrazy, rzeźby, karykatury i t. p.), pozostające w związku z medycyną. Dochód z wystawy przeznaczono na badania raka w Belgii.

— We Francyi wprowadzona zostanie nareszcie instytucya docentów prywatnych, dotąd bowiem mianowano profesorów z pewnej grupy wybrańców, przyczem system protekcyjny odgrywał główną rolę, bo kandydatów wybierał nie uniwersytet, lecz minister oświaty, *X.*

— We Francyi zreformowano studya lekarskie. Pierwszy rok studyów poświęcony będzie, jak dotąd, naukom przyrodniczym. Począwszy od 3-go roku studyów, słuchacze muszą odbywać zajęcia szpitalne, z których przedkładać muszą przy egzaminach świadectwa; lekarze szpitalni udzielać będą systematycznie nauki. Liczbę egzaminów zwiększono.

— Przepisy o składaniu egzaminów doktorskich w Rosyi mają uledz zmianie; dla rozpatrzenia tej sprawy utworzono komisyę, złożoną z 5 profesorów Akademii lekarskiej w Petersburgu.

— Promocye na Wydziale lekarskim w Berlinie odbywają się obecnie bez uroczystego ceremoniału. Promocyą odbywa się nie w auli, lecz w pokoju senatu, przyczem dziekan nie występuje w todze. Odpada t. zw. publiczna dysputa, promowany nie składa przysięgi po łacinie. Obniżono także koszta promocyi. *X.*

— W Dreznie odbędzie się 3-tygodniowy kurs pielęgnowania niemowląt; uczestniczki płacą 15 mk. wpisowego, niezamożne tylko 1 mk.; liczba uczestniczek ograniczona do 20. *X.*

— Usunięcie reglementacyi prostytucyi, dokonane w Danii w r. 1906, nie wydało spodziewanych wyników, gdyż liczba zakażeń wenerycznych wzrasta od tego czasu. Do 11 lecznic bezpłatnych w Kopenhadze zgłosiło się chorych wenerycznych w r. 1905: 6666, w r. 1906: 7065, w r. 1907: 8383, w r. 1908: 10249. Liczba świeżych zakażeń kiłowych wzrosła w tym czasie z 1277 do 2484. Przytem do lecznic coraz mniej zgłasza się prostytutek, nic więc dziwnego, że zakażenia szerzą się coraz szybciej.

— Wrażenia z podróży lekarskiej po Japonii i Chinach opisuje Fraenkel (Wiener m. W. Nr 8). W Japonii gruźlica zabiera wiele ofiar, co przypisać należy opłakanym stosunkom higieny mieszkań. Szpitale, kliniki, zakłady naukowe zbudowane są zupełnie po europejsku, zwłaszcza zakład badania chorób zakaźnych Prof. Kitasato w Tokio, gdzie wyrabia się różne surowice. Natomiast w Chinach stosunki naukowo-lekarskie stoją na bardzo nizkim stopniu i dopiero obecnie Niemcy zaczynają tu tworzyć szkoły lekarskie, by wyrugować domorosłych guślarzy, cieszących się dotąd powodzeniem. *X.*

Mianowani: docenci chirurgii Blauel i Brunn i doc. dermatologii Linser w Tübingen profesorami nadzw.;

protomedyk Tyrolu Dr Fr. Haberler referentem sanitarnym ministerstwa spraw wewn. w Wiedniu.

asystenci sanitarni Dr Napoleon Gąsiorowski, Roman Merunowicz i B. Grudzewski koncepistami sanitarnymi, a Dr J. Orski lekarzem powiatowym.

Powołani: Prof. Dürck z Monachium na katedrę anatomii patolog. do Jeny.

Zmarli: Dr Jan Mężyk w Bąkowicach pod Chyrowem w 58 r. ż.; Dr Stanisław Żywult w Moskwie;

Prof. farmakologii E. Mosso w Genui; anatom Prof. Thanhoffer w Peszcie; internista Prof. Renvers w Berlinie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1909.

Gazeta lek. Nr 9. Lande: Karol Darwin. Moraczewski: O rozmaitych czynnościach wątroby Wilczyński H.: O wpływie lecytyny na miesiączkowanie. — Nr 10. Kijewski: O torbielach trzustki. Bohdanowicz: Przyczynek do leczenia niektórych wysięków stawowych. — Nr 11. Motz: Badanie metodyczne cewki. Kijewski (c. d.). — Nr 12. Starkiewicz: O żółtaczce hemolitycznej w związku z kwestyą ziarnistości czerwonych krążków krwi. Kijewski (c. d.). Motz (c. d.). — Nr 13. Waszkiewicz: Cięcie cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścieśnionej wskutek zesztywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego. Kijewski (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9. Orgelbrand (dok.). Grundzach: Przypadek niedrożności kiszek, spowodowanej uwięźnięciem kamienia żółciowego. — Nr 10. Leyberg: O stosowaniu przekrwienia zastoinowego w leczeniu rzeżączki szyi macicznej. Wasserthal: Wałeczki w moczu wolnym od białka i ich stosunek do kurczowego zaparcia stolca. — Nr 11. Wasserthal (dok.). Leyberg (dok.). — Nr 12. Eiger: Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze wywołanych przez działanie na nią lenigallolu. — Nr 13. Rzętkowski: Teodor Dunin. Landau A.: ś. p. Teodor Dunin, jako lekarz szpitalny. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią eugallolu.

Tygodnik lek. Nr 8. Wiczkowski: O polyserositis. Opolski (c. d.). — Nr 9. Rydygier L.: W sprawie transperitonealnego otwarcia pęcherza. Wiczkowski (dok.). Opolski (dok.). — Nr 10. Piasecki E.: Badania nad niektórymi nowszymi sposobami odkażania jamy ustnej. Małaniuk: Odmiana igły Dechampsa. — Nr 11. Marischler: Stosunek gruźlicy do choroby Werlhoffa i skazy krwotocznej. Piasecki (c. d.). — Nr 12. Marischler (c. d.). Piasecki (dok.).

Nowiny lek. Nr 3. Moraczewski: O wpływie dyety bezchlorowej na wydzielenie kwasu solnego w żołądku. Jadwiga Matusewicz i E. Rosenhauch (dok.). Fr. Chłapowski (c. d.). Karwowski (c. d.). Fr. Grodecki: Przypadek tachycardiae paroxysmalis. Fr. Zakrzewski: Referat zbiorowy z nowszych prac o zapaleniu wyrostka robaczkowego. Bieliński (c. d.).

Czasopismo lekarskie 1908. Nr 11: Perlis: O stosowaniu stałych wlewań solnych przez odbytnicę. Handelsman Br.: O leczeniu wrzodu okrągłego żołądka. Helman: Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych i t. d. (dok.). Puławski W.: Spostrzeżenia z praktyki. — Nr 12. Chodźko: Piąte (za r. 1907) sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo chorych »Kochanówka«. Handelsman (dok.).

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 1. Malinowski: Znaczenie próby Wassermanna w przymiocie. Giedroyć (cd.).

Kronika dentyst. Nr 3. Wilga (c. d.). Scheller: Leczenie zastarzałych przetok dziąsłowych i wypełnienie korzeni

z miazgą zropiałą. Idzikowski: Dwa nowe przetwory chemiczne do celów dentystycznych.

Zdrowie Zesz. 3. Inż. T. Bielski: W sprawie oczyszczania ścieków kanałowych przedmieścia Pragi sposobem biologicznym.

Przegląd higieniczny Nr 3. Inż. Mołczański: O zakładach do spalania śmieci. Kaczorowski (c. d.).

Głos lekarzy Nr 5. Gilnreiner: Organizacya lekarzy okręgowych. Krzyżanowski (c. d.). Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu (c. d.). Pawluk: Działanie lecznicze kąpieli wód siarczanych w Niemirowie. — Nr 6. Praschil: W sprawie popierania zdrojowisk krajowych. Krzyżanowski (dok.). Weinsberg, Mikołajski: W sprawie organizacyi lekarzy. Praschil: O Truskawcu słów kilkoro. — Nr 7. Prof. Rydygier: O zdrojach i uzdrowiskach polskich w porównaniu z prusko-niemieckiemi. Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu (dok.). Klęsk. Czy i kiedy lekarz może odmówić porady?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr O. Böllke. (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 8). Liczne środki lecznicze, polecane przeciw rozedmie płuc, nie wypełniają dwu głównych warunków, gdyż albo nie są wolne od niekorzystnych działań ubocznych, albo też ustrój łatwo się do nich przyzwyczaja. Odnosi się to do atropiny, jodku potasu i do narkotyków. Środek przeciw dychawicy musi działać na błonę śluzową oskrzeli i na mięśnie oskrzelowe, a nie może działać zbiorowo. Z tego punktu widzenia stosowano z wielkim pożytkiem pyrenol, wywierający właściwe sobie działanie lecznicze, wpływające nader korzystnie na zmiany w narządzie oddychania.

B. wypróbował działanie pyrenolu na 39 stale leczonych przypadkach, mierząc przytem dokładnie klatkę piersiową i stosując spirometer, przyczem z pięciu pomiarów spirometrycznych oznaczano liczbę średnią. Pyrenol okazywał stale działanie korzystne, o ile dawka była odpowiednia. Z całego szeregu wybiera B. 5 najcięższych i najbardziej pouczających przypadków, wykazujących nieoczekiwane polepszenie. Objawy podmiotowe, przedewszystkiem męcząca duszność, ulegały po 2—4 dniach stopniowej poprawie, wykrztuszanie zazwyczaj już w drugim dniu było prawidłowe, kaszel napadowy przechodził w łatwe odkrztuszanie, równocześnie ustępowały objawy następowe ze strony narządu krążenia. Równolegle znikały prawie zupełnie szmery oskrzelowe. Nawrót spostrzegano tylko w 1 przypadku. Oddech, przedtem nasilony, stawał się prawidłowy. Złego wpływu na serce, nerki, żołądek lub jelita nie stwierdzono. Zapobiegawcze stosowanie pyrenolu zmniejsza niebezpieczeństwo nawrotu. Dawka dzienna wynosi 6—8 kołaczyków po 0,5 grm. Pojemność płuc wzrastała średnio o 400 ctm³. *Hr.* W.